

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom..... Prénom.....

Date de naissance...../...../..... Sexe.....

Adresse.....

Etat civil..... Enfants Profession.....

Médecin traitant N° AVS.....

Email

Téléphone.....

Âge Poids Taille.....

Motif principal de la consultation :

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents médicaux : Suivez-vous ou avez vous suivis un traitement (médicaments, soins, injections, complémentations, psychothérapie, vaccinations, appareil dentaire etc.) ? Si oui lequel ? (noms + indication du traitement)

.....
.....
.....
.....

Allergies/Intolérances :

.....
.....

Est ce que c'est votre 1er rdv avec un-e naturopathe ? Oui ☐ Non ☐

Notes complémentaires (questions que vous souhaitez aborder pendant la consultation)

.....
.....
.....
.....
.....

