

Consultations du Dr Bougeard

Feuille d'informations

Nom/Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance : _____

Profession : _____ N° S.S. : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : ___ - ___ - ___ - ___ Célibataire Marié(e) vit en concubinage

Avez-vous des enfants (si oui, combien à charge) et sont-ils en bonne santé ?

Faites-vous du sport ? oui non Etes-vous droitier gaucher ?

Tabac Alcool

Indiquez les coordonnées du médecin traitant habituel :

DOCTEUR : _____

Etes vous suivi pour l'une des maladies suivantes (cochez la case) ?

Hypertension artérielle _____
Diabète _____
Hypercholestérolémie _____
Maladie cardiaque _____
Maladie pulmonaire _____
Allergies (si oui, à quels produits) _____
Intolérance à des médicaments (si oui, lesquels) _____
Autres (précisez) _____

Avez-vous déjà été opéré (précisez de quoi) ? oui non

Tête _____
Thorax _____
Dos _____
Cou _____
Ventre _____
Autres (précisez) _____

Avez-vous déjà été hospitalisé pour une autre raison (si oui, laquelle) ? oui non

Vos parents ont-ils des problèmes de santé (si oui, lesquels) ? oui non

Prenez-vous des médicaments régulièrement (si oui, lesquels) ? oui non