



Dre Audrey Lessard

RAMQ: 9-40911-1 Permis: 09-011

Questionnaire médical

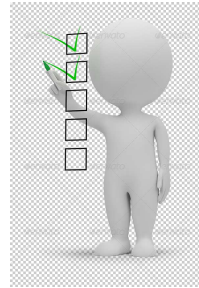
Identification

Prénom

Nom

Date de naissance

Nom du responsable si mineur



Occupation

Assurances médicales privées

Oui Non

Coordonnées

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone à domicile

Téléphone au travail

Téléphone mobile

Courriel(s)

Données anthropométriques

Grandeur

cm pi/po

Poids

lb kg

Pointure de chaussure

Cochez si s'applique à votre pointure 1/2

Antécédents médicaux

Nom du médecin de famille

Problèmes de santé connus :

Veillez cocher si l'option s'applique.

- Alzeihmer
- Diabète
- Ostéoporose
- Rhumatisme
- Arthritique
- Goutte
- Phlébite
- Système nerveux
- Asthme
- Hémorragie
- Polio
- Système vasculaire
- Cœur

- Hypertension
- Reins
- Varices
- Autre

Allergies?

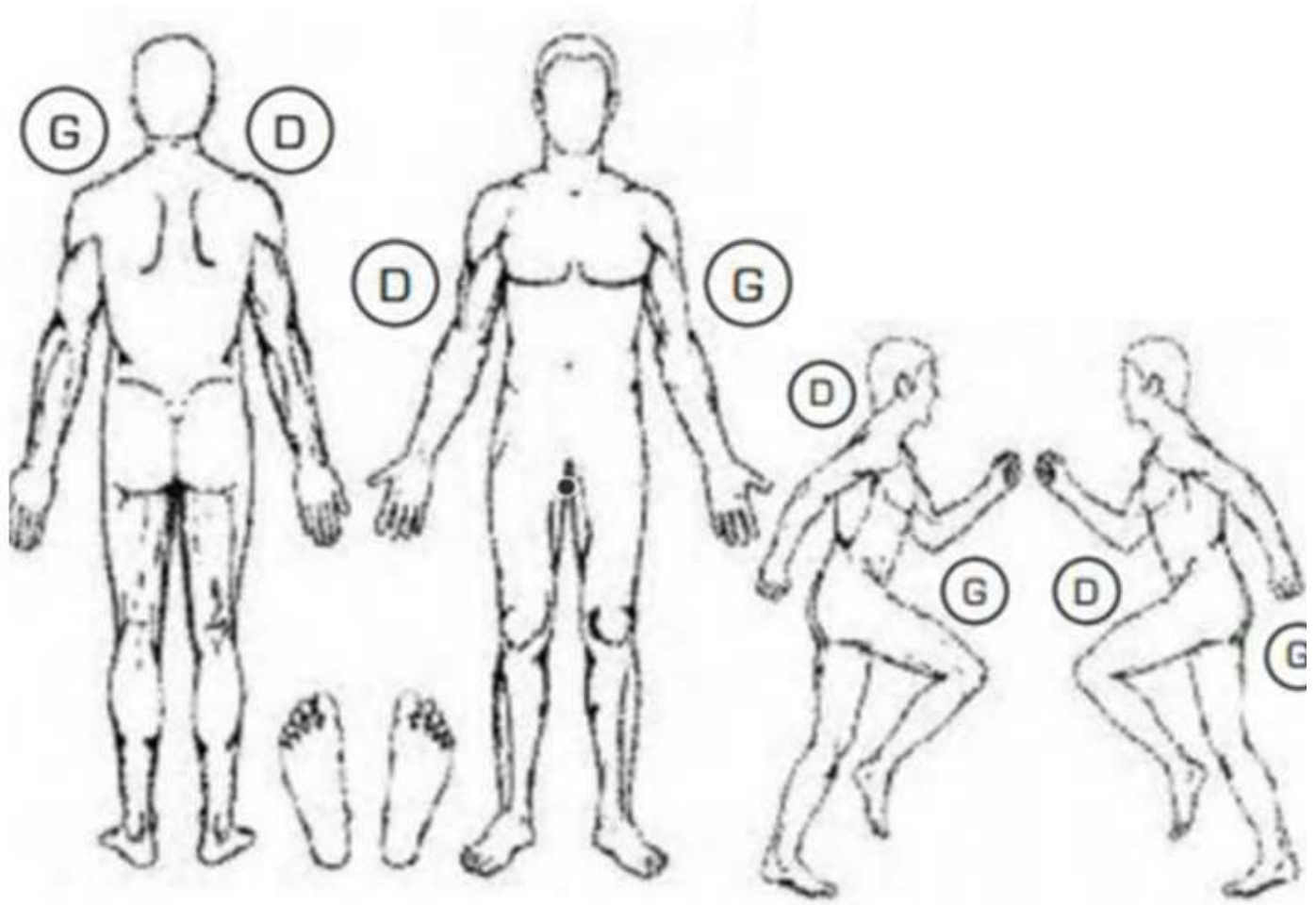
- Oui Non

Si oui précisez :

Raison de consultation

Motif de la consultation

Localisation de la douleur



Décrire la douleur ressentie

Échelle de la douleur

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur Pire douleur jamais ressentie

Date:

Addendum

- Veuillez noter que les services fournis par Dre Audrey Lessard sont payables par le patient
- Il peut être partiellement remboursé par sa compagnie d'assurance privée, le cas échéant
- Méthodes de paiement acceptées: comptant chèque. Débit accepté à Lévis seulement.