



Questionnaire d'inscription confidentiel

Veuillez compléter ce questionnaire qui servira à l'ouverture de votre dossier.
Toutes les informations données demeureront confidentielles
Toutes ces informations sont requises par la loi sur la podiatrie du Québec

Nom (de fille) : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code Postal : _____
Téléphone Résidence : _____
Téléphone Travail : _____
Téléphone Cellulaire : _____
Courriel : _____

Jour Mois Année
Date de naissance : ____/____/____
Âge : ____
Sexe : Homme Femme
En cas d'urgence contacter : _____
Numéro de téléphone : _____
No d'ass. Maladie : _____
Si vous avez moins que 18 ans, inscrire le nom du parent ou tuteur : _____

RAISON DE LA VISITE

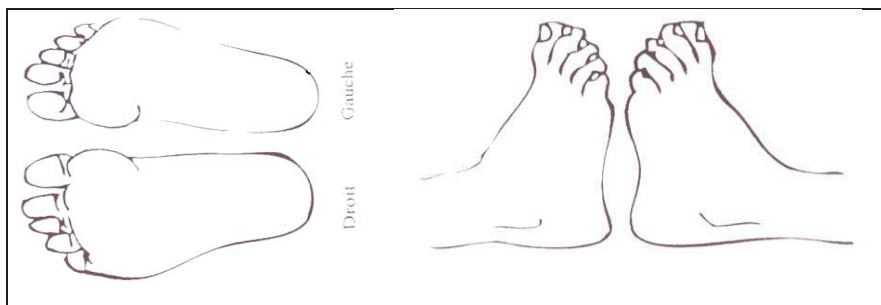
Motif de la consultation : _____

Description de la douleur (aigue, chronique, référée, etc) : _____

Depuis : ____ Jours ____ Mois ____ Ans

Fréquence de la douleur : Localisation :

- Au lever À la marche
 Au coucher Post activité
 Autre : _____



AUTRES

Mensuration : Taille _____ Poids _____ Pointure _____ Quelle est votre occupation ? _____

Avez-vous des assurances ? Oui Nom : _____ Non Je ne sais pas

Par qui avez-vous été référé (e) ?

- Internet (pages jaunes) Amis-famille Courrier Ahuntsic The Chronicle Laval News
 Internet (notre site) Pages jaunes Courrier Laval The Suburban Médecin _____

Avez-vous un médecin de famille ? Oui Non

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Êtes-vous présentement suivi par un médecin ? Oui Non Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

ANTÉCÉDENTS PODIATRIQUES

Date de la dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Avez-vous déjà eu des traitements podiatrique tels que :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ongle incarné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrue plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cors/callosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur aux talons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEUILLEZ NOTER QUE LES SOINS ET TRAITEMENTS DES PODIATRES NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RÉGIE D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

