

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

## IDENTITE

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Lieu et date de naissance : .....

## LE MEDECIN TRAITANT

Nom:.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Fax : .....

Adresse courriel : .....

## MESURES

Poids actuel : ..... kg

Taille : .....cm

Le poids a-t-il varié de plus de 5 kg durant les 5 dernières années? **Oui** **Non \***

si oui, de combien : .....

Cette variation de poids était-elle la conséquence d'une affection **Oui** **Non**

\*

.....

.....

.....

**SOINS**

Prise régulière de médicaments, ..... **Oui** **Non \***

Si oui, lesquels, et pour quelles indications ? .....

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

Consultation un médecin spécialiste ..... **Oui** **Non \***

Si oui quelle spécialisation médicale, (raisons, diagnostic posé...)

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

**ALIMENTATION**

Régime diététique à suivre..... **Oui** **Non \***

Si oui lequel

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

**OBSERVATIONS DIVERSES**

.....  
.....

Je certifie sur l'honneur que les déclarations qui précèdent sont exactes et complètes

Fait le : .....

A : .....

Signature et cachet du Médecin traitant.

\* rayer les mentions inutiles