

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Veuillez, s'il vous-plaît, compléter ce questionnaire qui servira à l'ouverture de votre dossier.
Toutes les informations données, demeureront confidentielles.

Nom (de fille): _____	Prénom : _____	Date de Naissance : ^{J / M / A} ____ / ____ / ____
Adresse : _____	Tél. résidence : _____	Âge : _____
_____	Tél. travail : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Code postal _____		
S'il s'agit d'un enfant mineur, veuillez inscrire le nom du ou de la responsable : _____		

Référence par : <input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Amis/Famille	<input type="checkbox"/> Pages Jaunes	Journaux : <input type="checkbox"/> Courrier Laval
Dr. _____	Autres : _____		<input type="checkbox"/> Ahuntsic
Taille : _____ pi _____ po	Poids : _____ lbs	Pointure Pieds : _____	Largeur Pieds : _____
_____ cm	_____ kgs		
Assurances : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> incertain	Si oui, le nom de la compagnie : _____		
Occupation : _____			

Médecin de famille : _____				
Allergie aux médicaments : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, nommez médicaments : _____			
Liste des médicaments actuellement utilisés : _____				

Chirurgies ou blessures antérieures : _____				

Pathologie présente : <input type="checkbox"/> Aucune				
<input type="checkbox"/> Cœur	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Phlébite	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Arthritique	<input type="checkbox"/> Goutte	<input type="checkbox"/> Reins	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Hémorragie	<input type="checkbox"/> Syst. Nerveux	<input type="checkbox"/> Syst. Vasculaire (circulation)		
<input type="checkbox"/> Autres _____				

Motif de la consultation (Soins des pieds, ongle incarné, verrue, douleur, évaluation pour chirurgie...) : _____

Description de la douleur (aigue, chronique, référée...) : _____
Localisation (Pied droit ou gauche, talon, cheville, arc du pied, genoux, dos...) : _____
Depuis : _____ jrs _____ ms _____ ans
Fréquence : <input type="checkbox"/> au lever <input type="checkbox"/> au coucher <input type="checkbox"/> post activité

VEUILLEZ NOTER QUE LES SOINS PODIATRIQUES NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC.