

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

## CONFIDENTIEL

Nom et prénom du patient : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tel domicile : ..... Tel bureau : ..... Tel portable : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : M  F   
Profession : .....  
N° de sécurité sociale : .....  
Etes-vous personnellement assuré ? OUI  NON   
Bénéficiez-vous de la CMU ? OUI  NON   
Vous venez de la part : d'un parent  d'un ami  de l'annuaire téléphonique   
Autre.....

### Raison de la visite

Rendez-vous de contrôle	<input type="checkbox"/>	Dent fracturée	<input type="checkbox"/>
Détartrage	<input type="checkbox"/>	Carie	<input type="checkbox"/>
Douleurs dentaires	<input type="checkbox"/>	Plombage parti	<input type="checkbox"/>
Douleurs gingivales	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>
Information	<input type="checkbox"/>	Autre : .....	<input type="checkbox"/>

Date du dernier examen dentaire : .....

### Avez-vous des problèmes de santé ?

Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	Troubles cutanés	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires	<input type="checkbox"/>	Grossesse	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	Hépatite A	<input type="checkbox"/>
Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	Hépatite C	<input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>
Troubles glandulaires/hormonaux	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>

Nom du médecin traitant..... Ville.....

Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, lesquels ?.....  
.....

Signature