

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Problèmes actuels : _____

_____Problèmes anciens : _____

_____Allergies : _____

_____Traitement actuel : _____

Séjour hospitalier : _____

Quand : _____

Où : _____

Remarques : _____

Lieu et date : _____

Signature du médecin : _____