

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL  
CONFIDENTIAL QUESTIONNAIRE OF INTRODUCTION

Sexe Sex :  M  F  X

Langues parlées Spoken languages :  FR  EN

Nom Last name : \_\_\_\_\_

Prénom First name : \_\_\_\_\_

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom d'un parent ou tuteur : \_\_\_\_\_  
If you are less than 18 years old, indicate name of parent or guardian

Adresse Address: N° \_\_\_\_\_ Rue Street \_\_\_\_\_ App Apt \_\_\_\_\_  
Ville City \_\_\_\_\_ Code postal Postal Code \_\_\_\_\_

Téléphone : Dom Res \_\_\_\_\_ Trav Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Date de naissance Birth date : Jour Day / Mois Month / Année Year \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Profession Occupation : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance médicale privée Private medical insurance company : \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin de famille Family doctor's name : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous découvert la clinique? How did you find us? : \_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX  
MEDICAL HISTORY

Taille Height : \_\_\_\_\_ Poids Weight : \_\_\_\_\_ Pointure de souliers Shoe size : \_\_\_\_\_

Enceinte ou allaitez? Are you pregnant or breastfeeding?  OUI YES  NON NO

Fumez-vous? Do you smoke?  OUI YES  NON NO

Avez-vous eu une chirurgie? Have you had surgery?  OUI YES  NON NO Expliquez Explain : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? Do you take medication?  OUI YES  NON NO Fournir la liste s.v.p. Join the list please

Allergies :  OUI YES  NON NO Lesquelles Which ones : \_\_\_\_\_

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Are you suffering or have you ever suffered from :

Troubles cardiaques Heart disease

Troubles nerveux Nervous disorders

Diabète Diabetes

Problèmes sanguins Blood problems

Tension Blood pressure  Haute High  Basse Low

Arthrite Arthritis

Troubles du rein Kidney problems

Cancer

VIH HIV  Hépatite Hepatitis

Autre Other : \_\_\_\_\_

Raison de la visite Motive for visit :

Évaluation

Orthèses plantaires Orthotics

Entorse ou fracture Sprain or fracture

Oignon (Hallux valgus) Bunion

Orteil marteau Hammertoe

Verrue plantaire Plantar wart

Cors, callosités Corns, calluses

Mycose (champignon) Fungus

Pied d'athlète Athlete's foot

Transpiration Perspiration

Ongle incarné Ingrown toenail

Pied diabétique Diabetic foot

Douleur - Où? Pain - Where? \_\_\_\_\_

Autre Other : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps? Since when? \_\_\_\_\_ Pied foot :  Gauche Left  Droit Right

La podiatrie n'est pas couverte par l'assurance maladie (RAMQ). Toute annulation ou modification de rendez-vous doit être signalée au minimum 24h à l'avance, sans quoi des frais peuvent s'appliquer. Please be advised that podiatric services are not covered by Quebec medicare (RAMQ). For all changes or cancellation of appointments, a minimum of 24h notice is required, otherwise a charge can apply.

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical ci-haut et ce, au meilleur de ma connaissance.

S'il se produisait des changements concernant mon état de santé, je consens à vous en informer immédiatement. I, the undersigned, declare that I have read and understand this medical questionnaire. Should there be any changes, including in medications, I agree to notify the podiatrist immediately.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_