

Fiche santé – Hiver 2016

Commentaires:

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____
Courriel : _____ Adresse : _____
Personne contact : _____ Téléphone contact : _____
Médecin de famille : _____ Date de naissance : _____

Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?	Non	Oui
Des médicaments vous sont-ils prescrits pour un problème cardiaque? Si oui, lesquels? _____	Non	Oui
Cardiologue : _____		
Des médicaments vous sont-ils prescrits pour contrôler votre tension artérielle? Si oui, lesquels? _____	Non	Oui
Des médicaments vous sont-ils prescrits pour contrôler le diabète? Si oui, lesquels? _____	Non	Oui
Souffrez-vous d'un problème osseux ou articulaire?	Non	Oui
Des médicaments vous sont-ils prescrits pour un autre problème de santé? Si oui, lesquels? _____	Non	Oui

Les informations sur ce questionnaire sont strictement réservées aux intervenants chez Myokin Santé et ne peuvent être utilisées à d'autres fins. Le courriel sera utilisé à des fins d'informations sur les services de Myokin Santé par le biais d'une liste de courtoisie. En présence de problèmes de santé particuliers, Myokin Santé s'est autorisé à contacter le médecin traitant afin d'assurer la sécurité.

Signature participant

Signature kinésologue

Date



info@myokin.ca 819-210-1286
www.myokin.ca