

QUESTIONNAIRE MEDICAL

問診表

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ / 被保険者記入欄

Souscripteur - Patient / 被保険者 - 患者 :

Nom et prénom / 姓名 :

N° d'adhésion / 保険番号 :

Email :

Date de naissance / 生年月日 (日 - 月 - 年) : / /

Sexe / 性別 :

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

De quelle pathologie souffre le patient? / 患者の病名は何ですか?

Date d'apparition de la pathologie / この病気(症状)が最初に起こった日はいつですか?

..... / /

S'agit-il de la première manifestation de la pathologie? / この疾患は今回が初めてですか?

Combien de temps s'est écoulé entre le début des symptômes et la 1ère consultation médicale? / 診察前、どのくらいの期間この病気を患っていますか?

Existe-t-il des pathologies associées? / 他に関連した疾患がありますか?

Existe-t-il une pathologie pré-existante? / 既往症はありますか?

CE DOCUMENT DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ, SIGNÉ ET RETOURNÉ SCANNÉ À SUR:

<http://www.chapkadirect.fr/sinistre>

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés.

SIGNATURE DU MÉDECIN /
医師サイン: