

FICHE MÉDICALE PATIENT



Clinique Saint-Charles



INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :



Âge : an(s)



Poids : kilos



Taille : mètre(s)



ÉTAT DE SANTÉ



Il/elle se sent : calme stressé(e)

→ Raison :



Il/elle se sent : en forme fatigué(e)

→ Raison :



Il/elle a mal : à la tête au ventre à la gorge autre :



Il/elle a de la fièvre : non oui Si oui, température : degrés



RÉGIME ALIMENTAIRE



Il/elle fait des repas équilibrés : oui non

→ Il/elle mange beaucoup de

→ Il/elle ne mange pas de

→ Il/elle fait repas par jour



Il/elle boit assez d'eau : oui non



HABITUDES DE VIE



Il/elle fume : oui non Si oui, fréquence :



Il/elle boit de l'alcool : oui non Si oui, fréquence :



Il/elle dort bien : oui non Si non, raison :



Il/elle fait du sport : oui non Activités :