Bishop's University
HISTORIQUE MÉDICALE

S.V.P. veuillez inclure ce questionnaire avec le paiement final et veuillez retourner avant

(le 1e juin) École de Football ❑ ***ou*** ***(le 1e août) Camp de Basketball ❑***

Semaine 1 ❑ et/ou Semaine 2 ❑

Nom de famille: _____ Prénom _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Date de naissance: ____/____/____ # d'assurance maladie #: _____ ____/__

Jour/ Mois/Année Exp. (An / Mo)

Historique médicale: (s.v.p. répondez Oui ou Non)

1. Avez-vous eu un examen médical depuis un an? ❑ Oui ❑ Non

2. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes?

Diabète	❑ Oui	❑ Non	Douleurs à la poitrine	❑ Oui	❑ Non	Haute pression	❑ Oui	❑ Non
Asthme	❑ Oui	❑ Non	Perte de connaissance	❑ Oui	❑ Non			
Épilepsie	❑ Oui	❑ Non	Nausées-étourdissements	❑ Oui	❑ Non			

3. Souffrez-vous de douleurs à l'abdomen, migraines ou grippes à répétition? ❑ Oui ❑ Non

   Spécifiez: _____

4. Souffrez-vous des problèmes d'allergies? ❑ Oui ❑ Non

   Spécifiez: _____

5. Portez-vous un bracelet médical identifiant un problème médical? ❑ Oui ❑ Non

   Spécifiez: _____

6. Prenez-vous des médicaments? ❑ Oui ❑ Non

   Spécifiez: _____

7. Avez-vous été hospitalisé durant la dernière année? ❑ Oui ❑ Non

   Spécifiez: _____

8. Souffrez-vous de problèmes physiques ou blessures? (au genou, dos arthrite, etc.) ❑ Oui ❑ Non

   Spécifiez: _____

9. Avez-vous des problèmes de dislocations? ❑ Oui ❑ Non

   Où? _____

10. Portez-vous des lentilles? ❑ Oui ❑ Non

11. Avez-vous déjà subi une commotion cérébrale ou perdu connaissance? ❑ Oui ❑ Non

    Si oui, combine de fois? _____ Êtes-vous resté à l'hôpital pour la nuit? ❑ Oui ❑ Non

EN CAS D'URGENCE, s.v.p. avisez:

Nom(s): _____ Lien de parenté: _____

Addresse: _____

Téléphone: Jour:_____ poste _____ Cell: _____

Soir : _____ Cell : _____