

Questionnaire à remplir par le médecin pour le locataire de la Résidence Émeraude

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone du cabinet médical : _____

Téléphone en cas d'urgence : Jour : _____ Nuit : _____

DIAGNOSTIC MEDICAL : _____

Allergie(s) médicamenteuse(s) _____

MEDICATION Matin _____ Midi _____ Soir _____ Nuit _____

Soins à prodigués si nécessaire

Date : _____

Signature et timbre du médecin traitant

A renvoyer au Dr. Bidaux à l'adresse suivante :

La Maison du Pèlerin
Dr J.-M. Bidaux
En Baumaroché
1801 Le Mont-Pèlerin