



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

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 :

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

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?

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

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