



*Agrafer le feuillet de
rendez-vous ici*

**ÉQUIPE DE SANTÉ FAMILIALE
CLARENCE-ROCKLAND**

Questionnaire pour les services interdisciplinaires

Date: _____

Service(s) désiré(s):

- Diététiste
 Kinésiologie
 Prévention des chutes
 Santé Mentale

Disposez-vous d'un moyen de transport? Oui Non

Nombre d'enfants ainsi que leur âge: _____

Avez-vous une assurance santé privée? Oui Non

Veillez spécifier la raison principale pour recevoir des services:

Quels sont vos objectifs? Qu'est-ce que vous aimeriez changer (par ex: diminution de votre anxiété, augmentation de votre force physique, amélioration de vos habitudes alimentaires)?

Que faites-vous présentement pour gérer votre situation?

Avez-vous du soutien de la part de votre famille ou de vos amis(es)? Oui Non

Disponibilités pour recevoir des appels Matin Après-midi Numéro de téléphone où vous joindre : _____

Pouvons-nous laisser un message sur votre boîte vocale? Oui Non

Disponibilités pour les séances d'information Matin Après-midi Soirée

Langue de préférence Français Anglais Les deux

CES INFORMATIONS DEMEURENT CONFIDENTIELLES

Pour l'administration seulement:

Date de réception:

Initiales: