



Date: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## ÉQUIPE DE SANTÉ FAMILIALE CLARENCE-ROCKLAND

### Questionnaire pour les services interdisciplinaires

Date: \_\_\_\_\_

Service(s) désiré(s):

- Diététiste
- Kinésiologie
- Prévention des chutes
- Santé Mentale
- Arthrose et Fibromyalgie

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: