

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

▲ Occupation

▲ Médecin traitant

▲ Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

▲ Adresse

▲ Ville

▲ Code postal

▲ Téléphone (résidence)

▲ Téléphone (mobile)

▲ Courriel

Sexe Féminin Masculin

▲ Âge

▲ Taille

▲ Poids

Avez-vous des enfants? Non Oui

État civil Célibataire Conjoint(e)*

Avez-vous déjà vu un chiro? N O*

▲ *Prénom et nom

▲ *Prénom et nom

Qui vous a référé chez nous?

Ami(e)* Facebook Chiroposture.ca Autre site web* Pages jaunes

Famille* Autre* Chiropraticien.com Enseigne

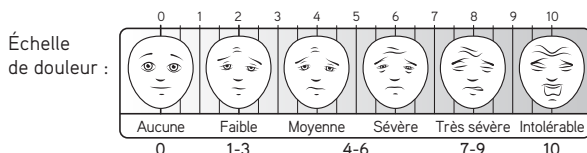
▲ *Précisez

▲ Prénom(s)

▲ Âge

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? Non Oui

MOTIFS DE LA CONSULTATION



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES ZONES OMBRAGÉES

Énumérez par ordre d'importance les motifs de votre consultation.

1. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

2. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

3. _____

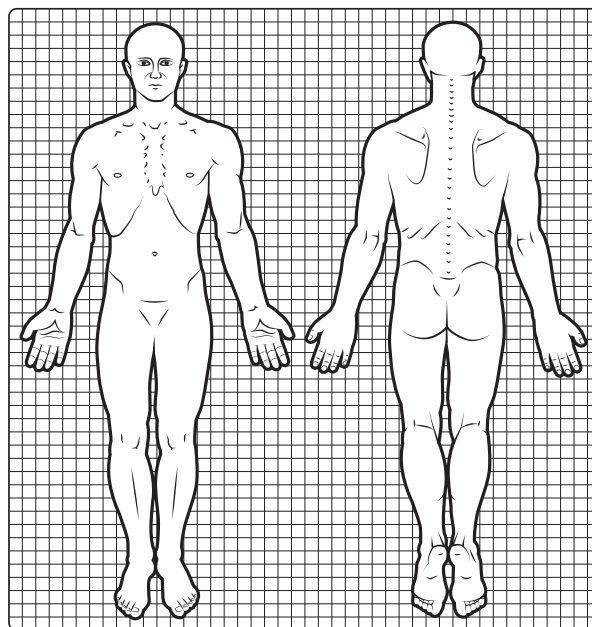
Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

Est-ce que la douleur s'étend? Non Oui, jusqu'à L _____

Avez-vous des maux de tête? N Oui, douleur ▶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Localisez les motifs de votre consultation (déjà inscrits ci-contre) sur le schéma en **encerclant** la région touchée.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Dressez un historique des traumatismes / accidents.

1. _____ Date L _____
2. _____ Date L _____
3. _____ Date L _____
4. _____ Date L _____
5. _____ Date L _____

Historique des interventions chirurgicales et hospitalisations.

1. _____
2. _____

Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour ces conditions?

1. _____
2. L _____

Quelle est votre position de travail?

- Debout
 Assise
 En mouvement

Habituellement, vous dormez sur...

- Le dos
 Le côté
 Le ventre

Indiquez votre niveau de stress.

(0: aucun stress; 10: stress extrême)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Source principale de stress.

Faites-vous de l'activité physique/sport?

▲ Lesquels?

Consommation de cigarettes.

Non Oui ► _____ /semaine

Consommation d'alcool.

Non Oui ► _____ /semaine

Quels résultats attendez-vous des soins prodigués ?

- Soulagement temporaire
 Correction durable
 Prise en charge complète de votre santé

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un membre de votre famille est atteint de :

- Diabète Cholestérol élevé Troubles cardiaques Hypercyphose Ostéoporose
 Cancer Arthrose / arthrite Maladie héréditaire Scoliose Autre ► _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez cocher, parmi les signaux corporels suivants, ceux qui affectent ou qui ont affecté votre santé.

MALADIES GRAVES

- Cancer
 Hypertension
 AVC
 Diabète

IMMUNITAIRE

- Otite
 Sinusite
 Infections récurrentes

SYSTÈME NERVEUX

- Faiblesse musculaire
 Étourdissement / vertiges
 Évanouissements
 Épilepsie
 Engourdissements

GASTRO-INTESTINAL

- Problèmes digestifs
 Intolérance alimentaire
 Côlon irritable
 Diarrhée
 Ballonnements
 Brûlures d'estomac
 Perte ou gain de poids excessif

RESPIRATOIRE

- Asthme
 Bronchite
 Souffle court

MUSCULOSQUELETTIQUE

- Douleur au dos
 Douleur entre les omoplates
 Douleur au cou
 Douleur aux bras / mains
 Douleur aux jambes / pieds
 Raideur aux articulations
 Difficulté à marcher
 Scoliose
 Hypercyphose
 Arthrite / arthrose
 Ostéoporose

GÉNITO-URINAIRE

- Infection urinaire
 Uriner fréquemment / excessivement
 Trouble de la prostate
 Pertes urinaires
 Incontinence
 Douleur menstruelles
 Douleur / masse au sein
 Ménopause
 Enceinte ▼

▲ Date de vos dernières règles

GÉNÉRAL

- Insomnie
 Fatigue
 Trouble thyroïdien
 Anxiété / dépression
 Allergies*

PEAU

- Eczéma
 Psoriasis

CARDIOVASCULAIRE

- Douleur à la poitrine
 Problèmes cardiaques
 Oedème
 Extrémités froides
 Varices
 Cholestérol

▲ *Précisez

NE RIEN ÉCRIRE DANS
LES ZONES OMBRAGÉES

Prenez-vous des médicaments? N O*

▲ *Pour lesquelles de ces conditions? (ou encerclez)

Prenez-vous des suppléments alimentaires? N O*

▲ *Lesquels?

À quand votre
prochain suivi médical?

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires. ▲ Signature

▲ Date