

Prénom & Nom: _____ Sexe: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Occupation: _____

Ville: _____ Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? _____

Province: _____ Code postal: _____ Tél. (rés.): _____ Tél. (mobile): _____

Contact en cas d'urgence (nom et numéro de tél.): _____

Qui vous a recommandé à nous? Ami : ☐ Famille: ☐ Internet: ☐ Son nom: _____

Courriel: _____ Autorisation contact par courriel (confir. de rdv/reçus): ☐

1) Quelle est la raison de votre consultation?
Veuillez indiquer vos problèmes par ordre d'importance:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

2) Depuis combien de temps avez-vous votre problème? _____

3) Comment est survenu ce problème?

Graduellement: ☐ Soudainement: ☐ Accident: ☐
Je ne sais pas: ☐

4) Votre problème est-il présent...?

100% du temps: ☐ 75% du temps: ☐ 50% du temps: ☐
25% du temps: ☐ Moins de 25% du temps: ☐

5) Comment évolue votre problème?

S'améliore: ☐ S'aggrave: ☐ Ne change pas: ☐

6) Votre problème est-il plus intense...?

Au lever: ☐ Le jour: ☐ Le soir: ☐ La nuit: ☐

7) Votre problème vous empêche-t-il de...?

Travailler: ☐ Dormir: ☐ Mener votre routine: ☐

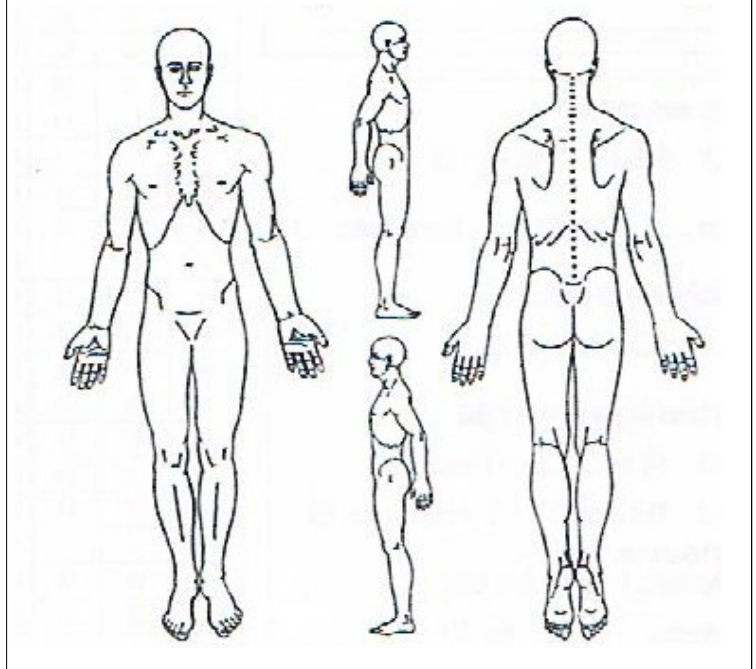
8) Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé?

Non: ☐ Chiropraticien: ☐ Médecin: ☐ Autre: ☐

9) Avez-vous eu un problème semblable auparavant? Non: ☐

Oui: ☐ Quand? _____

Veuillez indiquer, sur le schéma, les endroits exacts de vos douleurs:



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale.

Pas de douleur

Douleur extrême

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date de votre dernier examen:

	Moins de 6 mois	6-18 mois	Plus de 6 mois	Jamais
Chiropratique	☐	☐	☐	☐
Physique	☐	☐	☐	☐
Radiologique	☐	☐	☐	☐
Sanguin	☐	☐	☐	☐
Urine	☐	☐	☐	☐

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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

Troubles cardiaques: ☐ Cancer: ☐ Diabète: ☐ Arthrite: ☐

Autre: ☐ Énumérez: _____

Âge du père: _____ Si décédé, cause: _____

Âge de la mère: _____ Si décédée, cause: _____

Information additionnelle (s'il y a): _____

Prenez-vous des médicaments en ce moment?

Non: ☐ Relaxants musculaires: ☐

Anti-inflammatoires: ☐ Anti-douleurs: ☐

Anti-coagulants: ☐ Hormones: ☐ Insuline: ☐

Pression artérielle: ☐ Diabète: ☐

Glande thyroïde: ☐ Annovulants: ☐

Autre: ☐ _____

1) Quelle est votre position de travail?

Debout: ☐ Assis: ☐ En mouvement: ☐

2) Portez-vous des...? Talonnettes: ☐ Orthèses: ☐

3) Habituellement, dormez-vous sur...?

Le dos: ☐ Le côté: ☐ Le ventre: ☐

4) Combien d'heures dormez-vous par nuit?

4h et moins: ☐ 5-6 h: ☐ 7-8 h: ☐

9-10 h: ☐ 10-11 h: ☐ 12h ou plus: ☐

5) Consommez-vous...? Si oui, combien?

a) Du tabac/cigarettes: Non: ☐ Oui: ☐ _____

b) De l'alcool: Non: ☐ Oui: ☐ _____

c) Du café/thé: Non: ☐ Oui: ☐ _____

d) Des vitamines et/ou suppléments alimentaires?

Non: ☐ Oui: ☐ Lesquels? _____

6) Faites-vous de l'exercice? Non: ☐ Oui: ☐

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de: (veuillez cocher la case appropriée)

	Oui	Non		Oui	Non	
1)	☐	☐	Allergies	33)	☐	Perte ou gain de poids
2)	☐	☐	Angoisse	34)	☐	Pierres aux reins
3)	☐	☐	Arthrite	35)	☐	Tremblement
4)	☐	☐	Ballonnements/gaz	36)	☐	Troubles aux pieds
5)	☐	☐	Basse pression	37)	☐	Troubles cardiaques
6)	☐	☐	Constipation	38)	☐	Troubles circulatoires
7)	☐	☐	Convulsions	39)	☐	Troubles respiratoires
8)	☐	☐	Démangeaisons	40)	☐	Troubles de la vue
9)	☐	☐	Dépression	41)	☐	Troubles digestifs
10)	☐	☐	Diabète	42)	☐	Troubles d'ordre sexuel
11)	☐	☐	Diarrhée	43)	☐	Troubles d'ouïe (oreilles)
12)	☐	☐	Echymoses (bleus faciles)	44)	☐	Troubles hormonaux
13)	☐	☐	Engourdissements	45)	☐	Troubles psychologiques
14)	☐	☐	Épilepsie	46)	☐	Troubles rénaux
15)	☐	☐	Éruptions cutanées	47)	☐	Varices
16)	☐	☐	Étourdissements/vertiges	48)	☐	Saignements de nez
17)	☐	☐	Évanouissements	49)	☐	Sang dans les selles
18)	☐	☐	Extrémités froides/moites	50)	☐	Sang dans l'urine
19)	☐	☐	Fatigue	51)	☐	Sinusite
20)	☐	☐	Fracture	52)	☐	Uriner fréquemment
21)	☐	☐	Frissons	53)	☐	Uriner la nuit
22)	☐	☐	Haute pression	54)	☐	Troubles de la prostate
23)	☐	☐	Hypoglycémie	55)	☐	Cancer
24)	☐	☐	Incontinence urinaire			
25)	☐	☐	Insomnie			
26)	☐	☐	Irritabilité			
27)	☐	☐	Maladies héréditaires			
28)	☐	☐	Maux de dos			
29)	☐	☐	Maux de tête			
30)	☐	☐	Méningite			
31)	☐	☐	Oedème (enflure)			
32)	☐	☐	Opération/chirurgie			

Section réservée aux femmes:

56)	☐	☐	Absence de menstruations
57)	☐	☐	Crampes abdominales
58)	☐	☐	Flux menstruel abondant
59)	☐	☐	Menstruations douloureuses
60)	☐	☐	Pertes vaginales
61)	☐	☐	Symptômes de ménopause
62)	Êtes-vous enceinte? Oui: ☐ Non: ☐ Peut-être: ☐		

PAIEMENTS:

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements n'aient été faits au préalable. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

CONSENTEMENT:

Je consens à ce que la clinique puisse divulguer verbalement les dates et frais de traitements à mon assureur: ☐

DÉCLARATION POUR TOUS:

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens aux examens nécessaires.

Date: _____ Signature: _____