

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: F  M   
 Adresse: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_ Tél rés: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
 Tél trav: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_  
 Courriel: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_  
 Avez-vous un médecin de famille? Non  oui  Nom: \_\_\_\_\_ Clinique: \_\_\_\_\_  
 Qui vous a recommandé notre bureau? \_\_\_\_\_  
 Trouvé sur (encerclez): Google Pages Jaunes Chiropraticien.com Facebook Mon Limoilou  
 Passé devant dans la rue

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal ? \_\_\_\_\_

3. Comment est survenue ce problème ?  
 Graduellement Subitement  
 Suite à un trauma Je ne sais pas

4. Votre problème est-il présent... ?  
 100 % du temps 50 % du temps  
 75 % du temps 25 % du temps  
 Moins de 25 % du temps

5. Comment évolue votre problème ? Il...  
 S'aggrave S'améliore  
 Ne change pas

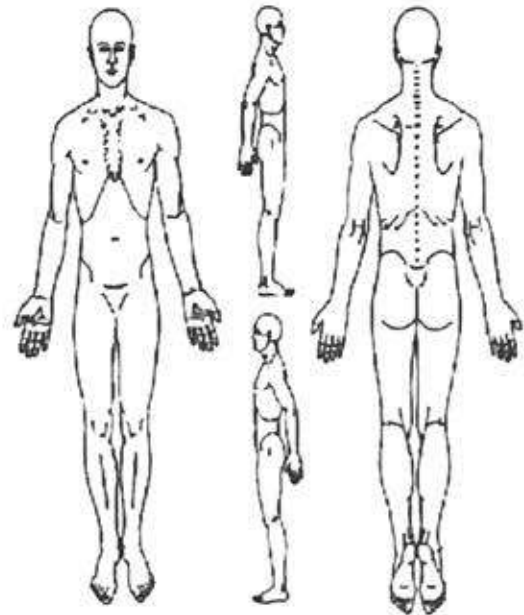
6. Votre problème est-il plus intense... ?  
 Au lever Le jour Le soir La nuit

7. Votre problème vous empêche-t-il de... ?  
 Travailler Dormir Mener votre routine  
 Pratiquer vos loisirs

8. Avez-vous consulté un autre professionnel pour ce problème ?  
 Médecin Physiothérapeute Ostéopathe  
 Chiropraticien Massothérapeute Acupuncteur

9. Avez-vous eu un autre problème semblable auparavant ?  
 Si oui quand ? \_\_\_\_\_

Veillez 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  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date de votre dernier examen :  
 Moins de 6 mois 6-18 mois plus de 18 mois jamais  
 Chiropratique  
 Physique  
 Radiologique  
 Sanguin  
 Urinaire

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :**

1. Père : âge \_\_\_\_\_ Si décédé, cause \_\_\_\_\_  
 2. Mère : âge \_\_\_\_\_ Si décédée, cause \_\_\_\_\_  
 3. Avez-vous des frères et / ou sœurs ? Oui  Non

4. Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de : troubles cardiaques  
arthrite / arthrose cancer Diabète

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?

Non Oui

Anti-inflammatoires Anti-douleurs

Relaxants musculaires Hormones

Médicaments non prescrits

Pression artérielle Diabète

Glande thyroïde Anovulants

Autres Lesquels :

A- Quelle est votre position de travail ?

Debout Assis En mouvement

B- Portez-vous des... ? talonnettes

Semelles correctives / orthèses

C- Habituellement, dormez-vous sur... ?

Le dos Les côtés Le ventre

D- Combien d'heures dormez-vous par nuit ?

4h et moins 5-6h 7-8h 10h et +

E- Consommez-vous... ? Si oui combien. ?

1- du tabac / cigarettes Non Oui \_\_\_\_\_

2- de l'alcool Non Oui \_\_\_\_\_

3- du café, thé Non Oui \_\_\_\_\_

4- des vitamines et suppléments alimentaires

Non Oui lesquels \_\_\_\_\_

F- Faites-vous de l'exercice ? Non Oui

Type d'exercice : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE :**  
(Veuillez cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>	Œdème
<input type="checkbox"/>	Angoisse	<input type="checkbox"/>	Opération / chirurgie
<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>	Perte ou gain de poids
<input type="checkbox"/>	Ballonnement / gaz	<input type="checkbox"/>	Pierres aux reins
<input type="checkbox"/>	Basse pression	<input type="checkbox"/>	Saignements de nez
<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Sang dans les selles
<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Sang dans l'urine
<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>	Sinusite
<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	Tremblements
<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Troubles aux pieds
<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques
<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>	Troubles circulatoires
<input type="checkbox"/>	Ecchymoses	<input type="checkbox"/>	Troubles respiratoires
<input type="checkbox"/>	Engourdissements	<input type="checkbox"/>	Troubles de vision
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Troubles digestifs
<input type="checkbox"/>	Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>	Troubles d'ordre sexuel
<input type="checkbox"/>	Étourdissements	<input type="checkbox"/>	Troubles d'ouïe
<input type="checkbox"/>	Évanouissements	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux
<input type="checkbox"/>	Extrémités froides	<input type="checkbox"/>	Troubles psychologiques
<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux
<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>	Troubles de la prostate
<input type="checkbox"/>	Frissons	<input type="checkbox"/>	Uriner fréquemment
<input type="checkbox"/>	Haute pression	<input type="checkbox"/>	Uriner la nuit
<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie	<b>SECTION FÉMININE</b> Oui Non Absence de menstruation Crampes abdominales Flux abondant Pertes vaginales Symptômes de ménopause Êtes-vous enceinte ?	
<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire		
<input type="checkbox"/>	Insomnie		
<input type="checkbox"/>	Irritabilité		
<input type="checkbox"/>	Maladies héréditaires		
<input type="checkbox"/>	Maux de dos		
<input type="checkbox"/>	Maux de tête		
<input type="checkbox"/>	Méningite		

**PAIEMENTS**

Les examens et les soins chiropratique sont payables à chaque visite.

**DÉCLARATION POUR TOUS**

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

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_