

## RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille  ▲ Prenom

▲ Adresse

▲ Ville  ▲ Code postal

()  -  (  )  -   
 ▲ Téléphone (résidence) ▲ Téléphone (travail) ▲ Courriel

Date de naissance ...  A  M  J

État civil ...  CÉLIBATAIRE  MARIÉ(E)  
 DIVORCÉ(E)  VEUF(VE)  
 CONJOINT DE FAIT

Avez-vous des enfants ?  O  N

Age  Sexe ...  F  M

Age

Taille  Poids

Age

▲ Prénom et nom

Age

▲ Prénom

▲ Nom de l'employeur  ▲ Occupation

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques ?  O  N

Qui vous a référé chez nous ? ...  AMI(E)  FAMILLE  CHIROPSTURE.CA  AUTRE SITE  PUBLICITÉ  ENSEIGNE  PAGES JAUNES  AUTRE

▲ Son nom

▲ Lequel

▲ Laquelle

Quels résultats pensez-vous obtenir suite aux soins prodigués ? ...  SOULAGEMENT TEMPORAIRE  CORRECTION DURABLE  
 PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DE TOUS LES ASPECTS DE VOTRE SANTÉ

## MOTIFS DE LA CONSULTATION

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

1.  Depuis quand?

2.  Depuis quand?

3.  Depuis quand?

Est-ce que la douleur s'étend ? ...  O  N

Jusqu'à où ? ...

Fréquence des douleurs

Échelle de douleur: (0: aucune douleur; 10: douleur extrême)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Avez-vous des maux de tête ? ...  O  N

De quel type ? ...

MIGRAINE  
 TENSION MUSCULAIRE  
 SINUS


Quelle est votre position de travail ? ...

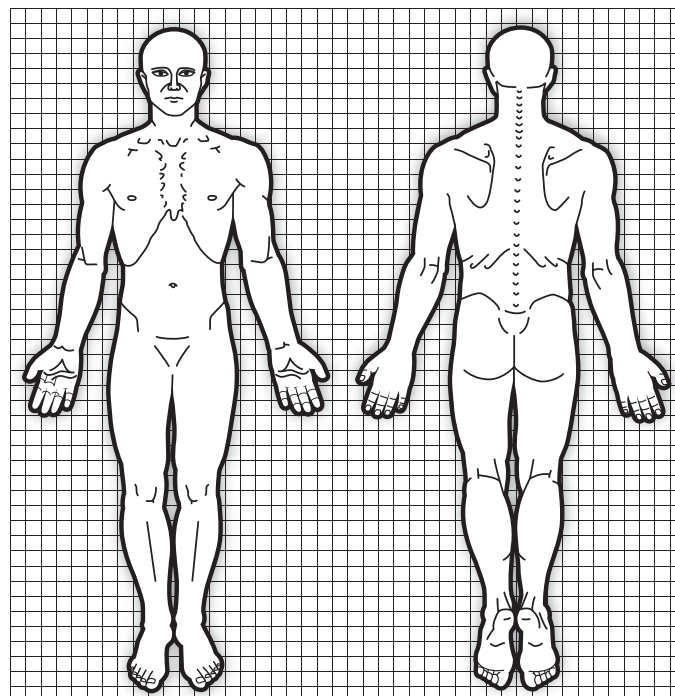
DEBOUT  
 ASSISE  
 EN MOUVEMENT

Habituellement, vous dormez sur ...

LE DOS  
 LE CÔTÉ  
 LE VENTRE

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

Exemple: 



## ANTÉCÉDENTS

Dressez un historique des traumatismes que vous avez subis.  
(ex : accident de voiture, fracture, entorse, chute à cheval ou sur la glace).

1. \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
4. **Sports:** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
5. **Stress:** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Énumérez les autres professionnels de la santé que vous avez consultés pour ces conditions.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Quel(s) médicament(s) consommez-vous ?

AUCUN	<input type="checkbox"/>	POUR LA PRESSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/>
ANTI-INFLAMMATOIRE	<input type="checkbox"/>	POUR LA GLANDE TYROÏDE	<input type="checkbox"/>
ANTI-DOULEUR	<input type="checkbox"/>	POUR LE DIABÈTE	<input type="checkbox"/>
HORMONES	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION	<input type="checkbox"/>
CONTRACEPTIFS	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTS POUR LE COEUR	<input type="checkbox"/>
POUR LE CHOLESTÉROL	<input type="checkbox"/>	POUR LA DÉPRESSION	<input type="checkbox"/>

Autre : \_\_\_\_\_

Énumérez les interventions chirurgicales et hospitalisations que vous avez subies.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien ? ...  O  N

Date et durée des soins ? ... \_\_\_\_\_

Vous a-t-on déjà diagnostiqué un cancer ? ...  O  N

De quelle nature ? ... \_\_\_\_\_

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

DIABÈTE	<input type="checkbox"/>	ARTHROSE / ARTHRITE	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	TROUBLE CARDIAQUE	<input type="checkbox"/>
CHOLESTÉROL ÉLEVÉ	<input type="checkbox"/>	MALADIE HÉRÉDITAIRE	<input type="checkbox"/>

Autre : \_\_\_\_\_

CONSUMMATION DE CIGARETTES \_\_\_\_\_ /semaine  
CONSUMMATION D'ALCOOL \_\_\_\_\_ /semaine

## REVUE DES SYSTÈMES

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

### MUSCULOSQUELETTIQUE

DOULEUR AU BAS DU DOS	<input type="checkbox"/>
DOULEUR ENTRE LES OMOPLATES	<input type="checkbox"/>
DOULEUR AU COU	<input type="checkbox"/>
DOULEUR AU BRAS / MAINS	<input type="checkbox"/>
DOULEUR AUX JAMBES / PIEDS	<input type="checkbox"/>
RAIDEUR AUX ARTICULATIONS	<input type="checkbox"/>
DIFFICULTÉ À MARCHER	<input type="checkbox"/>

### GÉNITO-URINAIRE

INFECTION URINAIRE	<input type="checkbox"/>
URINER FRÉQUEMMENT / EXCESSIVEMENT	<input type="checkbox"/>
TROUBLE DE LA PROSTATE	<input type="checkbox"/>

### RESPIRATOIRE

ASTHME	<input type="checkbox"/>
BRONCHITE	<input type="checkbox"/>

### CARDIOVASCULAIRE

DOULEUR À LA POITRINE	<input type="checkbox"/>
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/>
PROBLÈME AU COEUR	<input type="checkbox"/>
ACV	<input type="checkbox"/>
SOUFFLE COURT	<input type="checkbox"/>
OEDÈME (ENFLURE)	<input type="checkbox"/>
EXTRÉMITÉS FROIDES	<input type="checkbox"/>

### PEAU

ECZÉMA	<input type="checkbox"/>
PSORIASIS	<input type="checkbox"/>

### GÉNÉRAL

FATIGUE	<input type="checkbox"/>
INSOMNIE	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES	<input type="checkbox"/>

### GASTRO-INTESTINAL

PERTE OU GAIN DE POIDS EXCESSIF	<input type="checkbox"/>
NAUSÉE / VOMISSEMENT	<input type="checkbox"/>
DIARRHÉE	<input type="checkbox"/>
CONSTIPATION	<input type="checkbox"/>
HÉMORROÏDES	<input type="checkbox"/>
PROBLÈMES DE DIGESTION	<input type="checkbox"/>
CRAMPES ABDOMINALES	<input type="checkbox"/>
BALLONNEMENTS	<input type="checkbox"/>
BRÛLURES D'ESTOMAC	<input type="checkbox"/>

### ORL

OTITE	<input type="checkbox"/>
SINUSITE	<input type="checkbox"/>
MAUX DE GORGE	<input type="checkbox"/>
PROBLÈMES AUX YEUX	<input type="checkbox"/>

### SYSTÈME NERVEUX

FAIBLESSE MUSCULAIRE	<input type="checkbox"/>
ANXIÉTÉ / DÉPRESSION	<input type="checkbox"/>
ÉTOURDISSEMENTS / VERTIGES	<input type="checkbox"/>
ÉVANOUISSEMENTS	<input type="checkbox"/>
ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/>
ENGOURDISSEMENTS	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONS	<input type="checkbox"/>

### FEMME

DOULEURS MENSTRUELLES	<input type="checkbox"/>
DOULEUR / MASSE AU SEIN	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous enceinte ? .  O  N

Date de vos dernières règles \_\_\_\_\_

Lesquelles : \_\_\_\_\_

## PAIEMENT

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables en totalité à chaque visite, à moins d'autres arrangements faits au préalable.  
**Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.**

## 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 \_\_\_\_\_