

Coordonnées personnelles

Madame Monsieur

JJ / MM / AAAA

Prénom

Nom

Date de naissance

Adresse

Ville

Province

Code postal

()

()

()

Téléphone résidence

Bureau

Cellulaire

Courriel

Occupation + nombres d'heures / sem

Questionnaire

Date de la première rencontre : JJ / MM / AAAA

Raison de la consultation :

Anamnèse: début / élément déclencheur / fréquence / 1@10 /

1. Avez-vous consulté un médecin à ce sujet? Oui Non Quel diagnostic avez-vous eu? _____

2. Avez-vous déjà consulté un thérapeute? Oui Non Si oui, lequel? _____
masso, kiné, ortho, ostéo, physio, chiro, autres

3. Posture de sommeil et qualité _____

4. Êtes-vous enceinte? Oui Non Date prévue d'accouchement : JJ / MM / AAAA
Votre grossesse est-elle à risque? Oui Non Si oui, quels sont les risques? _____

5. Vos menstruations sont-elles régulières irrégulières? Êtes-vous en ménopause? Si oui, quels en sont les symptômes _____

6. Souffrez-vous de problèmes digestifs diabète hypoglycémie ou autres? _____

7. Prenez-vous des médicaments? _____

8. Avez-vous déjà subi des opérations, fractures? _____

9. Avez-vous déjà eu un accident? _____

Questionnaire (suite)

10. Avez-vous des problèmes cardiaques ou circulatoires?

- hypertension hypotension palpitations infarctus angine AVC Si oui, quand? _____
varices phlébites Si oui, où et quand? _____
athérosclérose artériosclérose hémophilie

11. Avez-vous des problèmes respiratoires?

- asthme emphysème autres _____
allergies _____

12. Avez-vous des migraines maux tête réguliers? _____

13. Souffrez-vous de fatigue insomnie stress autres? _____

14. Avez-vous un cancer? Si oui, quel est-il? _____

15. Portez-vous des orthèses verres de contact prothèses autres?

16. Avez-vous une alimentation saine et équilibrée? très moyennement pas du tout

17. Quelles sont vos activités sportives, de loisirs? _____

Le présent questionnaire santé a pour objectif d'obtenir de l'information sur votre état de santé afin d'adapter nos soins à votre situation. Bien que ce questionnaire ne soit qu'à titre consultatif, omettre de déclarer une information pourrait affecter votre suivi. Dans ce cas, la responsabilité professionnelle du commettant ne pourrait être engagée. Dans ce contexte, il serait utile que vous complétiez avec soin le présent questionnaire.

Veillez prendre note que nous avons une politique d'annulation. Tout traitement qui n'est pas annulé 24 heures avant le rendez-vous devra être facturé.

Signature du client(e) _____ Date : _____