

Questionnaire de santé

Bienvenue à La Vie Chiropratique! Ce formulaire nous est d'une grande utilité. Nous vous invitons à prendre le temps de le compléter de votre mieux. Merci.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom : _____	Naissance : Jr _____ / mois _____ / an _____
Nom : _____	Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____
Adresse : _____	État civil : Cél. <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conj.de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Ville : _____	Occupation : _____
Code postal : _____	Employeur : _____
Tél. (rés.) : _____	Nom du conjoint : _____
Tél. (trav.) : _____	Son occupation : _____
Cellulaire : _____	Noms et âges des enfants : 1- _____
Courriel : _____	2- _____
	3- _____

1- La majorité des gens qui consultent ont été référés par un de nos bons patients. Qui doit-on remercier? _____

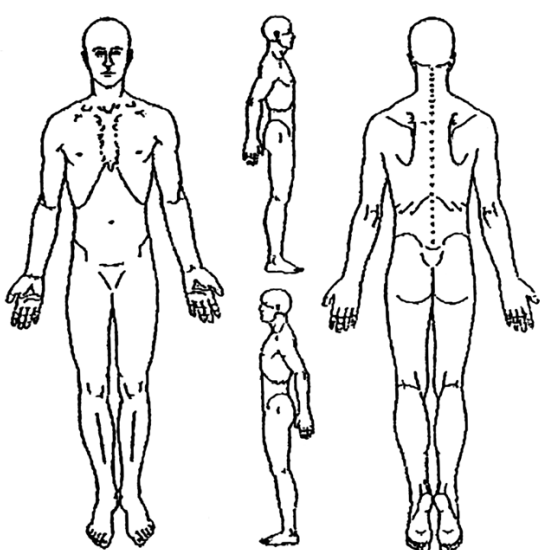
2- Référence externe : Journal l'Appel ___ Publicité à domicile ___ Kiosque d'informations ___ Autre : _____

3- La raison de la consultation : Préoccupation de santé Prévention Suivi de grossesse Autres

4- À quand remonte votre dernier examen chiropratique? _____ Chiropraticien : _____

5- Avez-vous reçu des soins chiropratiques suite à cette visite? Les résultats étaient : satisfaisants moyens décevants

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES RESSENTIS

Identifiez sur les schémas les zones de préoccupation 	Décrivez, on ordre de priorité, les préoccupations de santé que vous souhaitez améliorer.
	1. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	2. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	3. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	4. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?

Qui dans votre famille souffre(nt) des mêmes préoccupations de santé? (indiquez le numéro de la préoccupation)

Enfants _____ Conjoint(e) _____ Parents _____ Frères/sœurs _____ Autres _____

HISTOIRE DE LA PRÉOCCUPATION DE SANTÉ

1-Avez-vous déjà consulté pour un des motifs inscrits (1-4)?	Non <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
2-Comment évolue(nt) votre(vos) préoccupation(s) de santé?	1- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 2- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 3- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 4- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/>
3-Avez-vous déjà souffert dans le passé de la préoccupation suivante (si oui, en quelle année) :	1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____
4-Cette(ces) préoccupation(s) détériore(nt) votre qualité de vie :	au travail <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
5-Votre préoccupation de santé principale (1) vous affecte :	100%du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> moins de 25% <input type="checkbox"/>
6-Votre préoccupation de santé principale (1) est pire dans la/les positions :	debout <input type="checkbox"/> assise <input type="checkbox"/> couchée <input type="checkbox"/> autres : _____
7-Prenez-vous des médicaments pour cette préoccupation (1)?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> : _____
8-Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? →	Non <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> relaxants musculaires <input type="checkbox"/>
9-Prenez-vous des suppléments nutritionnels sur une base régulière? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> _____	anti-hypertenseurs <input type="checkbox"/> anti-dépresseurs <input type="checkbox"/> glande thyroïde <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anovulants <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

1- Âge de la mère :	Si décédée, cause:
2- Âge du père :	Si décédé, cause :
3- Un membre de votre famille souffre-t-il de ...	Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>

HABITUDES DE VIE

1- Vous travaillez souvent :	debout <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/>
2- Portez-vous des orthèses plantaires?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
3- Déterminez votre consommation : (encerclez jour ou sem.)	Tabac : /jour ou sem. Alcool : /jour ou sem. Café : /jour ou sem.
4- Vous dormez surtout sur:	dos <input type="checkbox"/> côté <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/>
5- Vous dormez (par nuit) :	8h+ <input type="checkbox"/> 6-8h <input type="checkbox"/> -de 6h <input type="checkbox"/>
6- Vous faites de l'exercice (par semaine) :	4h+ <input type="checkbox"/> 2-4h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> -de 1h <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Chirurgies passées ?	
Hospitalisations? (inscrire l'année)	

REVUE DES SYSTÈMES – Identifiez les symptômes et troubles qui vous sont familiers :

<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Ecchymoses	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Trouble des pieds	<input type="checkbox"/> Troubles rénaux
<input type="checkbox"/> Angoisse	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Tr. de l'audition	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Tr. cardiaques	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> Tr. circulatoires	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles
<input type="checkbox"/> Basse pression	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Tr. respiratoires	<input type="checkbox"/> Sang dans les urines
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Extrémités froides	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Tr. de la vue	<input type="checkbox"/> Sinusites
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Tr. digestifs	<input type="checkbox"/> Uriner fréquemment
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Trouble de poids	<input type="checkbox"/> Tr. sexuels	<input type="checkbox"/> Uriner la nuit (plus de 2 fois)
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Tremblements	<input type="checkbox"/> Tr. hormonaux	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Pierres rénales	<input type="checkbox"/> Tr. psychologiques	<input type="checkbox"/> Tr. système nerveux
Section féminine <input type="checkbox"/> Abs. de menstruation <input type="checkbox"/> Crampes au ventre <input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant <input type="checkbox"/> Age 1 ^{ères} menstruations _____				
<input type="checkbox"/> Pertes vaginales <input type="checkbox"/> Symptômes de ménopause <input type="checkbox"/> Êtes-vous enceinte? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/>				

-Les soins chiropratiques, les examens et les radiographies sont payables selon l'entente convenue avec les responsables. Les radiographies ainsi que le dossier appartiennent à la clinique et y demeurent en tout temps.

-J'atteste de la véracité et de l'exactitude des informations inscrites ci-haut et consens à subir les examens nécessaires.

Signature : _____ Date : _____