

10. Prenez-vous des médicaments ou produits naturels pour diminuer vos symptômes ? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

11. Est-ce le premier épisode de douleur semblable ? Oui Non

12. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Si oui, lequel : _____

13. Votre cas relève-t-il de la C.S.S.T. ? Oui Non.

14. Votre cas relève-t-il de la S.A.A.Q ? Oui Non

15. Quel est votre objectif visé ? a) Un soulagement uniquement

b) Régler la cause réelle de vos symptômes et diminuer les récurrences

c) Devenir en meilleure santé de façon générale et obtenir un état de bien-être

16. Avez-vous déjà consulté un docteur en chiropratique par le passé ? Oui Non . Si oui, lequel : _____

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE SANTÉ :

1. Maladies connues : _____

2. Médicaments et/ou vitamines et/ou produits naturels/homéo.: _____

3. Chirurgies et années : _____

4. Hospitalisations et années : _____

5. Accidents/Chutes/Fractures (années) : _____

6. Souffrez-vous d'allergies ? oui non Si oui, lesquelles : _____

7. Quel est le nom de votre médecin traitant : _____

8. Avez-vous subi un examen radiologique ou autres imageries au cours des 3 dernières années ? oui non

Si oui, inscrivez de quelles parties du corps : _____

HABITUDES DE VIE :

1. Vous travaillez souvent : Debout Assis

2. Portez-vous des orthèses plantaires ? oui non

3. Vous dormez surtout sur le :

Ventre Dos Côté droit Côté gauche

4. Dormez-vous avec un oreiller orthopédique ? oui non

5. Vous faites combien d'heures d'exercice physique par semaine ?

Jamais < 1 heure 1-2 heures 2-4 heures > 4 heures

6. Êtes-vous fumeur ? oui non

REVUE DES SYSTÈMES: Cochez les symptômes qui vous sont familiers

Étourdissements <input type="checkbox"/>	Acouphènes <input type="checkbox"/>	Troubles Rénaux <input type="checkbox"/>	Problèmes de peau <input type="checkbox"/>
Évanouissements <input type="checkbox"/>	Vertiges <input type="checkbox"/>	Troubles Digestifs <input type="checkbox"/>	Démangeaisons <input type="checkbox"/>
Anxiété/Dépression <input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles <input type="checkbox"/>	Constipation <input type="checkbox"/>	Tr. Thyroïdiens <input type="checkbox"/>
Épilepsie/Convulsions <input type="checkbox"/>	Sinusites <input type="checkbox"/>	Diarrhées <input type="checkbox"/>	Arthrite/Arthrose <input type="checkbox"/>
Tremblements <input type="checkbox"/>	Amygdalites/laryngites <input type="checkbox"/>	Sang des selles <input type="checkbox"/>	Hypoglycémie <input type="checkbox"/>
Fièvre <input type="checkbox"/>	Tr. circulatoires <input type="checkbox"/>	Sang dans les urines <input type="checkbox"/>	Anorexie/Boulimie <input type="checkbox"/>
Perte de poids importante <input type="checkbox"/>	Haute/Basse pression <input type="checkbox"/>	Tr. du foie <input type="checkbox"/>	Douleurs menstruelles <input type="checkbox"/>
Fatigue importante <input type="checkbox"/>	Extrémités froides <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Ménopause <input type="checkbox"/>
Troubles oculaires <input type="checkbox"/>	Enflure/Œdème <input type="checkbox"/>	Anémie <input type="checkbox"/>	Insomnie <input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents <input type="checkbox"/>	Tr. Cardiaque <input type="checkbox"/>	Tr. Urinaires <input type="checkbox"/>	Maladie héréditaire <input type="checkbox"/>
Maux de tête <input type="checkbox"/>	Troubles Pulmonaires <input type="checkbox"/>	Tr. de la prostate <input type="checkbox"/>	Anomalie congénitale <input type="checkbox"/>

Déclaration pour tous

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes; par la présente, j'autorise le chiropraticien à effectuer sur ma personne un examen physique et la prise de films radiographiques, si jugés nécessaires. J'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non défrayé par ma compagnie d'assurance.

Signature : _____

Date : _____