

Historique Médicale

Date de consultation : _____ Genre : Femme Homme
 Nom : _____
 Date de naissance : () jour • () mois • () année • Âge : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ • Province : _____ • Code Postal : _____
 Téléphone • Domicile : _____ • Travail : _____ ext. _____
 Cellulaire : _____ • Adresse courriel : _____
 Oui, vous pouvez me faire parvenir par courriel des rappels de rendez-vous, mes déclarations et tous changements importants concernant la clinique
 Non, ne me contactez pas par courriel.
 Occupation : _____
 Contact en cas d'urgence : _____ • Lien avec le patient : _____
 Numéro du contact : _____

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Internet Portage Médecin : _____
 Autre professionnel de la santé : _____
 Recommandation d'un autre client : _____
 Autre : _____

Soins chiropratiques antérieurs :

Nom : _____ • Date : _____
 Prise de radiographie? Oui Non • Date : _____

Médecin de famille :

Nom : _____ • Téléphone : _____
 Prise de radiographie, IRM, échographie? Oui Non • Date : _____
 Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels et pourquoi? _____

Date du dernier examen médical : _____

Problèmes (douleurs ou symptômes) principaux? _____

Autres problèmes? _____

Depuis combien de temps souffrez-vous de cette condition? _____

À quoi l'attribuez-vous? _____

Est-ce que la douleur se propage? _____

La douleur est-elle en progression? Oui Non Constante Intermittente

Avez-vous déjà souffert de cette condition ou d'une condition semblable? Oui Non

Qu'est-ce qui aggrave vos symptômes? _____

Qu'est-ce qui soulagent vos symptômes? _____

Est-ce que votre condition nuit à une des activités suivantes Routine quotidienne?

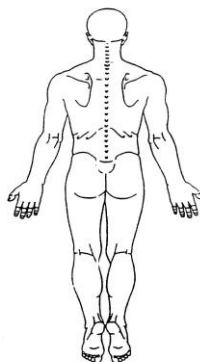
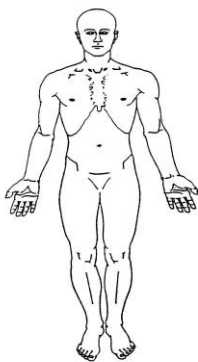
Travail? Sommeil? Autre : _____

Avez-vous déjà été diagnostiqué et traité pour le même problème? Si oui, s.v.p. expliquez le diagnostic et le traitement reçu : _____

Quel est, d'après vous, le problème? _____

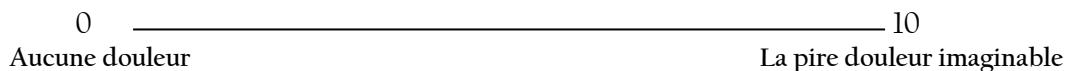
Qu'aimeriez-vous être capable de faire à la fin de votre traitement? _____

Indiquez toutes les régions de douleur ou autres sensations en utilisant les symboles appropriés.



Perte de sensation	●●●●●●●●
Engourdi	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Brûlement	XXXXXXXXXXXX
Tension	*****
Mal aigu	//////

Tracez une ligne sur l'échelle ci-dessous pour décrire l'intensité de votre douleur :



Les gens visitent les chiropraticiens pour différentes raisons. Certains recherchent le soulagement de la douleur et de l'inconfort seulement, d'autres veulent corriger les causes sous-jacentes du problème de santé afin d'accroître leur bien-être et éviter le retour de ces problèmes. S.v.p. cochez quel type de traitement vous recherchez :

- Soulagement des symptômes Correction Bien être

Histoire médicale:

S.v.p. faire un crochet (☑) si vous souffrez présentement d'une ou plusieurs de ces conditions. S.v.p. encercler les conditions ou symptômes qui vous ont causé des problèmes dans le passé.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Basse pression artérielle | <input type="checkbox"/> Infection rénale |
| <input type="checkbox"/> Vision embrouillée | <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle | <input type="checkbox"/> Hernie |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Éruption cutanée | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine | <input type="checkbox"/> Problème de peau | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Vomissement | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Trouble urinaire | <input type="checkbox"/> Maladie du cœur |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Transpiration | <input type="checkbox"/> Toux chronique | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Arthrite |

Autres problèmes de santé? _____

Indiquez toute chirurgie, chute ou accident que vous avez subi (incluant cette année) :

Avez-vous déjà été dans un accident d'auto? Oui • Année : _____ Non

Avez-vous déjà perdu connaissance? Oui Non

Avez-vous déjà été hospitalisé? Si oui, en quelle année et pourquoi? _____

Histoire médicale familiale

S.v.p. notez toutes maladies héréditaires dans votre famille : _____

Habitudes et style de vie

Fumez-vous? Oui Non • Qualifiez votre sommeil : Médiocre Passable Bon

Faites-vous de l'exercice? Oui Non • s.v.p. listez : _____

Êtes-vous membre d'un centre de conditionnement physique? Oui Non

Évaluez votre alimentation : Médiocre Passable Bonne Excellente

Prenez-vous des vitamines et/ou minéraux? Oui Non • s.v.p. listez : _____

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir?

Merci!