

Questionnaire de santé

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Tél. domicile : _____ - _____ - _____ Bureau : _____ - _____ - _____ Tél. cell. : _____ - _____ - _____
Date de naissance : () jour () mois () année Occupation : _____
Adresse courriel : _____
 Oui, vous pouvez envoyer des rappels de rendez-vous et reçu par courriel. Non, ne me contactez pas par courriel.
Comment avez-vous entendu parler de nous? _____

Date de la première rencontre : () jour () mois () année Assurance oui non
Compagnie : _____

Raison de la consultation : _____

Avez-vous déjà consulté un médecin à ce sujet? oui non
Avez-vous déjà consulté un thérapeute? oui non Si oui, lequel? _____
(Ex : physiothérapeute, chiropraticien, autres)

Quelles sont vos attentes face au massage? _____

Pour les femmes Êtes-vous enceinte? oui non Avez-vous une grossesse à risque? oui non

Date prévue de l'accouchement : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Vos menstruations sont-elles régulières irrégulière • Êtes-vous ménopausée? oui non

Si oui, quels sont vos symptômes? _____

Souffrez-vous de problèmes digestifs, de diabète ou d'autres maladies? Précisez. oui non

Prenez-vous des médicaments? oui non Si oui, lesquels? _____

Souffrez-vous d'allergies? Précisez. oui non _____

Souffrez-vous de maux de tête? oui non

Avez-vous déjà subi :

Une ou des opérations chirurgicales? oui non Si oui, précisez : _____

Avez-vous déjà eu un accident? oui non

Autre : _____

Souffrez-vous présentement de problèmes cardio-vasculaires? oui non

Hypertension? Basse pression? Angine? Migraine?

Problèmes cardiaques? oui non

Palpitations Infarctus AVC Si oui, quand? _____

Problèmes de circulation sanguine? oui non

Varices Phlébite Si oui, où et quand? _____

Avez-vous des orthèses? oui non Verres de contact? Prothèses? Autres? _____

Comment évalueriez-vous votre alimentation?

- Excellente
- Bonne
- Passable
- À surveiller

Quels exercices faites-vous? À quelle fréquence?

Le client ou la cliente, par sa signature certifie que les renseignements et autres informations fournis dans le présent dossier client sont vrais et authentiques. Je certifie également que j'ai avisé, par la présente, le /la thérapeute de tout autre problème qui pourrait, de près ou loin, être contre-indiqué aux soins.

Signature du client ou de la cliente : _____ Date : _____

Sur les schémas ci-dessous, encerclez les endroits douloureux et indiquez vos points de tension.

