

KARE

VOTRE SANTÉ. DIFFÉREMMENT.

Nom: _____

Sexe: F M

Adresse: _____

Date de naissance: _____

Ville: _____

Marié(e). Célibat Veuf (ve) Div.

C. postal: _____ Tél. (résidence): _____

Occupation: _____

Tél. (cel. Important confirmation RV) _____

Courriel (important confirmation RV) : _____

Qui vous a recommandé notre clinique?

Ami Parent Pages jaunes Enseigne Publicité Autre

1. Quelle est la raison de votre consultation?
Veuillez indiquer vos problèmes de santé par ordre d'importance. _____

2. Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal? _____

3. Comment est survenu ce problème?

Graduellement Subitement

Suite à un trauma Je ne sais pas
(Accident)

4. Votre problème est-il présent...?

100% du temps 50% du temps

75% du temps 25% du temps

Moins de 25% du temps

5. Comment évolue votre problème? Il...

s'améliore s'aggrave

ne change pas

6. Votre problème est-il plus intense...?

au lever , le jour , le soir , la nuit

7. Votre problème vous empêche-t-il de...?

travailler , dormir , mener votre routine

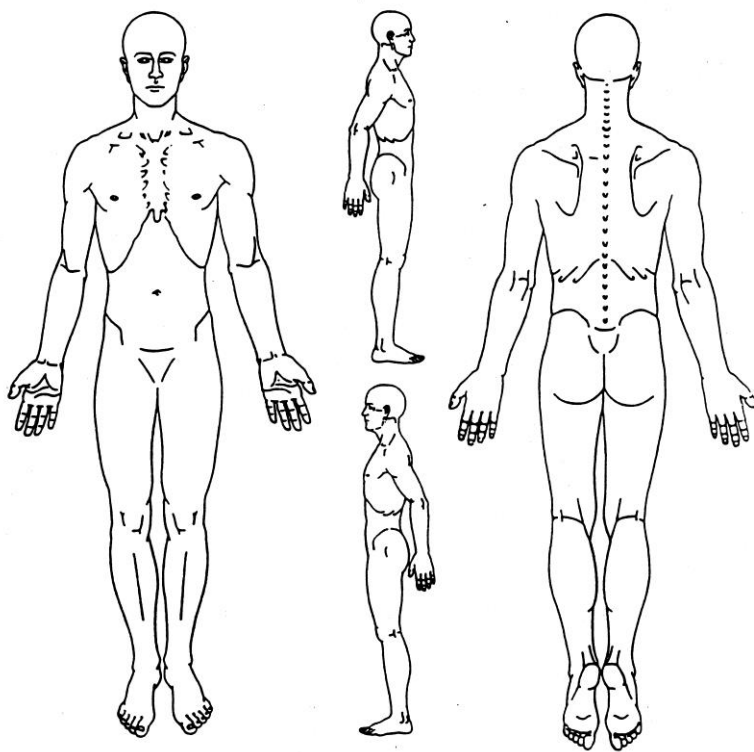
8. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Non

Chiropraticien Médecin Autre

9. Avez-vous eu un problème semblable auparavant?

Oui Non

Veuillez indiquer, sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs, de vos cicatrices et de vos fractures.



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale

Pas de douleur

Douleur extrême

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date de votre dernier examen:

Moins de 6 mois

6-18 mois

plus de 18 mois

Jamais

Chiropratique

Physique

Radiologique

Sanguin

Urinaire

HISTOIRE FAMILIALE:

4- Avez-vous des enfants ? Oui ___ Non

1-Père: âge _____ Si décédé, cause _____

5-Est-ce qu'un des membres de votre famille

2-Mère: âge _____ Si décédée, cause _____

est atteint de: Troubles cardiaques Cancer

3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui Non

Diabète Arthrose/Arthrite Autres ?

Prenez-vous des médicaments en ce moment?

Non si oui complétez la section suivante

Anti-dépresseur _____

Anti-inflammatoire _____

Anti-coagulants _____

Hormones _____

Pour le cholestérol _____

Diabète _____

Pour la pression artérielle _____

Pour la glande thyroïde _____

Anovulants _____

Autre _____

AVEZ-VOUS EU (○) OU AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE: (□)
(Veuillez cocher le symbole approprié)

- 1. Allergies
- 2. Angoisse
- 3. Arthrite
- 4. Ballonnement/gaz
- 5. Basse pression
- 6. Constipation
- 7. Convulsions
- 8. Démangeaisons
- 9. Dépression
- 10. Diabète
- 11. Diarrhée
- 12. Ecchymoses (bleus faciles)
- 13. Engourdissements
- 14. Épilepsie
- 15. Éruptions cutanées (rougeurs)
- 16. Étourdissements/vertiges
- 17. Évanouissements
- 18. Extrémités froides/moites
- 19. Fatigue
- 20. Fracture
- 21. Frissons
- 22. Haute pression
- 23. Hypoglycémie
- 24. Incontinence urinaire
- 25. Insomnie
- 26. Irritabilité
- 27. Maladies héréditaires
- 28. Maux de dos
- 29. Maux de tête
- 30. Méningite
- 31. Oedème (enflure)
- 32. Opération/chirurgie
- 33. Perte ou gain de poids
- 34. Pierres aux reins
- 35. Tremblements
- 36. Troubles aux pieds
- 37. Troubles cardiaques
- 38. Troubles circulatoires
- 39. Troubles respiratoires
- 40. Troubles de vue
- 41. Troubles digestifs
- 42. Troubles d'ordre sexuel (MTS)
- 43. Troubles d'ouïe (oreilles)
- 44. Troubles hormonaux
- 45. Troubles psychologiques
- 46. Troubles rénaux
- 47. Varices
- 48. Saignements de nez
- 49. Sang dans les selles
- 50. Sang dans l'urine
- 51. Sinusite

Section réservée aux femmes

- 55 Absence de menstruation
- 56 Crampes abdominales
- 57 Flux menstruel abondant
- 58 Menstruation douloureuse
- 59 Pertes vaginales
- 60 Symptômes de ménopause
- 61 Êtes-vous enceinte?
Oui Non

A-Quelle est votre position de travail:?

Debout Assis En mouvement

B-Portez-vous des ...? talonnettes

semelles correctives/orthèses

C-Habituellement, dormez-vous sur...?

le dos le côté le ventre

D-Combien dormez-vous d'heures par nuit?

4h et moins 5-6h 7-8h

9-10h 10-11h 12h et plus

E-Consommez-vous...? Si oui, combien?

1-du tabac/cigarettes Non Oui _____

2-de l'alcool Non Oui _____

3-du café-thé Non Oui _____

4-des vitamines et suppléments alimentaires

Non Oui lesquels _____

Avez-vous eu des:

Lesquels ?

Vaccins : Non Oui _____

Hospitalisations : Non Oui _____

Accidents : Non Oui _____

Procédures dentaires : Prothèse Implants Orthodontie Autres :