Cliniques La Vie Chiropratique Cap-Rouge (418) 653-0050 Sillery (418) 684-0004 www.laviechiropratique.com

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_____ Sexe: F ☐ M ☐ Autre ☐

Nom : _____ Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____

Adresse : _____ État civil : Cél. ☐ Marié(e) ☐ Conj.de fait ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Ville : _____ Occupation : _____

Code postal : _____ Employeur : _____

Tél. (rés.) : _____ Nom du conjoint : _____

Tél. (trav.) : _____ Son occupation : _____

Cellulaire : _____ Noms et âges des enfants : 1- _____

Courriel : _____ 2- _____

Je préfère être contacté par Texto ☐ ou Courriel ☐ 3- _____

Je désire recevoir l'information de La Vie Chiropratique par courriel ☐ 4- _____

Médecin de famille : _____

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

2- Référence: Site web __ Journal __ Facebook __ Internet __ Kiosque __ Publipostage ___ Autre : _____

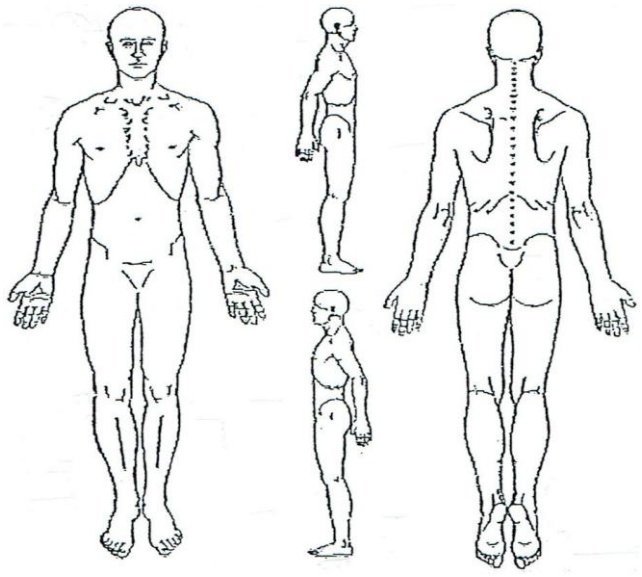
3- La raison de la consultation : Préoccupation de santé ☐ Prévention ☐ Suivi de grossesse ☐ Autres ☐

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, en ordre de priorité, les préoccupations de santé que vous souhaitez améliorer.

1.

Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐
Depuis quand?

2.

Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐
Depuis quand?

3.

Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐
Depuis quand?

4.

Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐
Depuis quand?

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

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 ☐ Diabète ☐ Arthrite ☐ Cancer ☐ Autres ☐

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Chirurgies passées ?	
Hospitalisations? (inscrire l'année)	

HABITUDES DE VIE

1-Voustravaillez souvent :	debout ☐ assis ☐
2-Portez-vous des orthèses plantaires?	oui ☐ non ☐ depuis : _____
3-Déterminez votre consommation : (encerclez /jr ou /sem.)	Tabac : /jr ou /sem. Alcool : /jr ou /sem. Café : /jr ou /sem. Eau : L /jr
4-Vous dormez sur le :	dos ☐ côté ☐ ventre ☐
5-Vous dormez :	+8h ☐ 6-8h ☐ -6h ☐
6-Vous faites de l'exercice (/semaine) :	4h+ ☐ 2-4h ☐ 1-2h ☐ -1h ☐ jamais ☐

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

☐ Allergies	☐ Ecchymoses	☐ Incontinence urinaire	☐ Tr. des pieds	☐ Tr. système nerveux
☐ Angoisse	☐ Engourdissements	☐ Insomnie	☐ Tr. visuel ou auditif	☐ Saignements de nez
☐ Arthrite/arthrose	☐ Épilepsie	☐ Irritabilité	☐ Tr. cardiaques	☐ Sang dans les selles
☐ Enflure	☐ Étourdissements	☐ Maladie héréditaire	☐ Tr. circulatoires	☐ Sang dans les urines
☐ Basse pression	☐ Évanouissements	☐ Maux de dos	☐ Tr. digestifs	☐ Sinusites
☐ Cancer	☐ Extrémités froides	☐ Maux de tête	☐ Tr. rénaux	☐ Uriner fréquemment
☐ Constipation	☐ Fatigue	☐ Méningite	☐ Tr. respiratoires	☐ Uriner la nuit (plus de 2 fois)
☐ Démangeaisons	☐ Fractures	☐ Pierres rénales	☐ Tr. sexuels	☐ Varices
☐ Diabète	☐ Haute pression	☐ Tremblements	☐ Tr. hormonaux	☐ Autres _____
☐ Diarrhée	☐ Hypoglycémie	☐ Troubles de poids	☐ Tr. psychologiques	

Section féminine ☐ Abs. de menstruation ☐ Crampes au ventre ☐ Flux menstruel abondant Age 1ères menstruations ____
☐ Symptômes de ménopause ☐ Êtes-vous enceinte? Oui ☐ Non ☐ Peut-être ☐

- J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature : _____ **Date :** _____