

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M Âge : _____

Consultez-vous : en prévention pour un problème particulier
Décrire : _____

Si vous consultez pour un problème particulier :

Est-ce la première fois que ce problème se présente? oui non *Déjà survenu quand?* _____

Problème actuel présent depuis quand? _____

Apparition : soudaine graduelle je ne sais pas
Problème : constant intermittent occasionnel

Avez-vous déjà consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition? oui non

Si oui, lequel ou lesquels: _____

Traitements reçus: _____

Historique chiropratique :

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? oui non

Si oui, quand/pourquoi/durée : _____

Nom du chiropraticien : _____

Historique de traumatismes :

Avez-vous déjà: Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.)? oui non

Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre? oui non

Subi une fracture ou dislocation? oui non

Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.)? oui non

Été victime d'un autre accident? oui non

Si oui, décrire : _____

Environnement :

Êtes-vous : travailleur étudiant à la maison retraité autre : _____

Décrire votre milieu de travail ou d'études : _____

Décrire vos occupations à la maison : _____

Votre milieu de vie à la maison est : très stressant stressant peu stressant relaxant

Votre milieu de travail (d'étude) est : très stressant stressant peu stressant relaxant N/A

Avez-vous une période de temps réservée pour vos loisirs? oui non

Sinon, pourquoi? par choix manque de temps manque d'intérêt autre

Historique de santé :

Êtes-vous atteint d'une ou plusieurs maladie(s) ou condition(s) de santé ayant été diagnostiquée(s) par un professionnel de la santé? oui non

Si oui, préciser : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires? oui non

Si oui, préciser : _____

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? oui non

Si oui, préciser : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé? oui non

Si oui, préciser : _____

Cochez les conditions énumérées dans le tableau suivant qui décrivent votre état de santé passé ou actuel:

Perte de poids	Vertiges	Pneumonie	Thyroïde	Infection urinaire
Prise de poids	Insomnie	Problème cardiaque	Arthrite	Douleur urinaire
Fièvre élevée	Maux de tête	Reflux	Dépression	Sang dans urine
Sueurs nocturnes	Nausée	Brûlements d'estomac	Sclérose en plaques	Urine souvent
Histoire de cancer	Vomissements	Ulcères	Lupus	Psoriasis
Diabète	Anémie	Digestion difficile	Engourdissements	Eczéma
Haute pression	Asthme	Diarrhée	Spasmes	Problème cutané
Basse pression	Allergies	Constipation	Infection rénale	Surdité
�pilepsie	Sinusite	Hépatite	Calcul rénal	Douleur dos/cou
Incontinence	Bronchite	Alcoolisme	Infection vessie	Douleur bras/jambe

Hommes : problème prostate trouble érectile problème testiculaire MTS Autre _____

Femmes : enceinte règles douloureuses règles irrégulières règles absentes
 douleur aux seins ménopause bouffées de chaleur MTS Autre _____
 contraceptifs oraux/intraderniques hormones pour infertilité hormonothérapie (ménopause)

Antécédents familiaux : (problèmes de santé connus)

Veillez noter les conditions de santé ou maladies qui affectent ou ont affecté les membres suivants de votre famille : (cardiaque, diabète, histoire de cancer, arthrite, thyroïde, cholestérol élevé, ACV, **autres**)

M re : _____
 Père : _____
 Frères/sœurs : _____
 Grands-parents : _____
 Autres (oncle/tante, cousin/cousine) : _____

Alimentation :

Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation? oui non

Si oui, décrire : _____

Fruits et légumes : aucun très peu assez beaucoup Portions par jour : _____
 Viande : aucun très peu assez beaucoup Portions par jour : _____
 Céréales/Grains : aucun très peu assez beaucoup Portions par jour : _____
 Produits laitiers : aucun très peu assez beaucoup Portions par jour : _____
 Boissons gazeuses _____ par jour Alcool : _____ par jour _____ par semaine
 Eau (verres) _____ par jour Café/thé _____ par jour
 Fast-food _____ par semaine Restaurant _____ par semaine

Sommeil :

Heures de sommeil par nuit : _____
 Position de sommeil : dos ventre côté (D ou G)
 Au réveil, vous êtes : bien repos  fatigué incapable de vous lever

Activités :

Sports : _____
 Loisirs : _____
 Heures de sport par jour ou par semaine : _____
 Heures de télévision par jour ou par semaine : _____
 Heures d'ordinateur/jeux vidéos par semaine : _____
  tes-vous : Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

Avez-vous des inquiétudes particulières concernant votre santé? Y a-t-il des sujets sur lesquels vous aimeriez recevoir des informations supplémentaires concernant votre santé ?
