

# HISTOIRE DE SANTE

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : F  M  Autre \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Jour Mois An

Adresse : \_\_\_\_\_

Vivez-vous : Seul(e)  En couple  Famille \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Tél. rés. : ( ) \_\_\_\_\_

Cell. : ( ) \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Temps plein  Partiel  Saisonnier

Qui vous a recommandé à notre bureau? Ami ou parent  Professionnel  Pages jaunes  Publicité  Autre

Son nom : \_\_\_\_\_

– Médecin de famille : \_\_\_\_\_

– Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Oui  Non

Lequel? Chiropraticien  Médecin  Physio   
 Masso  Ostéo  Autre

Son nom : \_\_\_\_\_

– Donnez la liste des médicaments que vous prenez :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

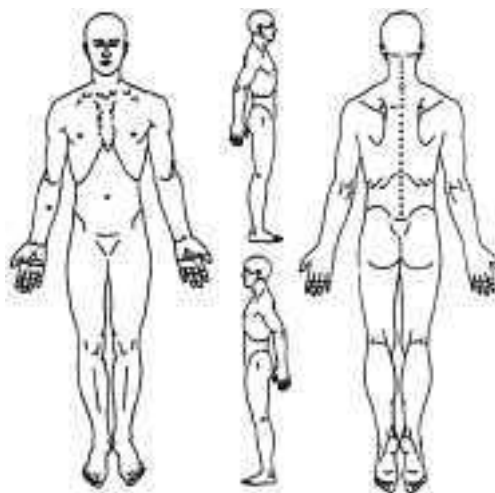
– Donnez la liste de tous les accidents, opérations et problèmes de santé présents ou passés :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ INDiquer, SUR LE SCHEMA, LES ENDRoITS EXACTS DE VOS DOULEURS**

Noter le niveau de douleur

/ 0 1 2 3 4 5 6 7 /.



**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :**

– Père : âge \_\_\_\_\_ Si décédé, cause \_\_\_\_\_

– Mère : âge \_\_\_\_\_ Si décédée, cause \_\_\_\_\_

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

– Avez-vous des enfants? Oui  Non

Si oui, indiquez leur âge : \_\_\_\_\_

– Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de :

Troubles cardiaques

Cancer : \_\_\_\_\_

Diabète

Arthrose / Arthrite

Hypertension (haute tension artérielle)

Autres \_\_\_\_\_

- Quelle est votre position de travail?  Debout  Assis  En mouvement
- Portez-vous ou avez-vous déjà eu des...?  talonnettes  semelles correctives / orthèses  verres de contact  
 stérilet  pacemaker  dentiers  broches
- Habituellement, dormez-vous sur...?  le dos  le côté  le ventre
- Combien dormez-vous d'heures par nuit? - 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h +
- Vous levez vous reposé?
- Quel est votre niveau de stress? Aucun 2 3 4 5 6 7 8 9 Insupportable
- Consommez-vous...?  
 Si oui, indiquez combien  
 tabac / cigarettes \_\_\_\_\_ / jour légumes \_\_\_\_\_ / jour  
 l'alcool \_\_\_\_\_ / sem fruits \_\_\_\_\_ / jour  
 café / thé \_\_\_\_\_ / jour la viande \_\_\_\_\_ / sem  
 boissons gazeuses \_\_\_\_\_ / jour poisson \_\_\_\_\_ / sem  
 l'eau \_\_\_\_\_ / jour produits laitiers \_\_\_\_\_ / jour  
 vitamines et suppléments alimentaires Oui  Non   
 lesquels : \_\_\_\_\_
- Faites-vous de l'exercice? Oui  Non  Nombre d'heures / semaine : \_\_\_\_\_  
 lesquels : \_\_\_\_\_
- Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être? Oui  Non

**Pour nous assurer de donner les meilleurs soins, nous désirons évaluer votre état de santé. Veuillez cocher la case appropriée à la fréquence des symptômes qui correspondent à votre état de santé. Si vous n'avez jamais eu ces malaises, ne cochez rien.**

Parfois	Souvent	Sans arrêt		Parfois	Souvent	Sans arrêt		Parfois	Souvent	Sans arrêt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engourdissement aux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffle court
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur au milieu du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bras / mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur poitrine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jambes / pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enflure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur aux jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergies _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur bras / mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vertige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes de digestion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nausées
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarrhée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur aux yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	constipation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	double vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	perte d'appétit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	perte d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	changement poids soudain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problème de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur aux oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes urinaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tremblement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes menstruels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ITSS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	transpiration nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### DÉCLARATION POUR TOUS

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 courtes durées mais il est important d'en informer votre chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_