

Informations générales

Nom

Prénom

Date de naissance

Occupation

Téléphone

Cellulaire

Courriel

Adresse

Ville

Prov.

Code postal

Rendez-vous à confirmer par:

Courriel

Cellulaire

Téléphone

Aucune confirmation requise

RÉFÉRENCE

Référé par :

Médecin

Équipe sportive

Club de tennis

Publicité

Internet

Autres

Spécifier :

POLITIQUE D'ANNULATION

Nous confirmons votre rendez-vous la veille. Si vous ne vous présentez pas, des frais de 25\$ seront appliqués afin de respecter notre clientèle en attente de rendez-vous et nos professionnels disponibles à vous recevoir. Merci de votre compréhension.

POLITIQUE DE PAIEMENT

Si votre rendez-vous est le dernier de la journée, nous vous demandons d'effectuer votre paiement dès votre arrivée.

BLESSURES OU DOULEURS

Quelle est la nature de vos blessures ou douleurs actuelles ?

.....

De quel côté ?

Droit Gauche Centre

Voyez-vous présentement un des professionnels suivants?

Médecin Chiropraticien Ostéopathe

Autres : Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour votre condition actuelle ?

Oui Non

Si oui, quand ?

par qui ?

Quels médicaments sans prescription parmi les suivants prenez-vous ou avez-vous pris depuis la semaine dernière ?

Aspirine Oui Non

Antiacide Oui Non

Tylenol (ou advil) Oui Non

Vitamines / suppléments minéraux Oui Non

Laxatif Oui Non

Autres:

Antihistaminique Oui Non

Veuillez indiquer tous les médicaments prescrits que vous prenez présentement.

.....
.....

Signature: Date:

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Afin de recevoir une évaluation complète, détaillée et sécuritaire, veuillez nous fournir les informations suivantes concernant vos antécédents médicaux.

Quels sont vos loisirs/activités sportives :

(fréquence)

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Avez-vous une dépendance au tabac, à l'alcool, à la drogue ? Oui Non

Est-ce que votre poids est stable depuis les 6 derniers mois ? Oui Non

Sinon en connaissez-vous la raison ?

Avez-vous ou avez-vous déjà eu:

Cancer Oui Non

Diabète/hypoglycémie Oui Non

Problèmes cardiaques / hypertension Oui Non

Cholestérol Oui Non

Accident vasculaire cérébral Oui Non

Problèmes respiratoires: Oui Non

(Asthme, bronchite)

Arthrite/arthrose Oui Non

Ostéoporose Oui Non

Pertes de conscience Oui Non

VIH (sida) Oui Non

Hépatite Oui Non

Anxiété/dépression/bipolarité Oui Non

Problèmes gastriques Oui Non

Problèmes rénaux Oui Non

Problèmes de glande thyroïde Oui Non

Sclérose en plaques Oui Non

Céphalées / migraines Oui Non

Épilepsie Oui Non

Maladies de la peau Oui Non

Autres :

.....

.....

Avez-vous un stimulateur cardiaque Oui Non

un implant métallique Oui Non

Veuillez indiquer toute blessure ou douleur pour laquelle vous avez déjà été traité(e) (incluant fractures, entorses).

Dates Nature des blessures ou douleurs Traitements

.....

.....

.....

Quels médicaments sans prescription parmi les suivants prenez-vous ou avez-vous pris depuis la semaine dernière ?

Aspirine Oui Non

Antiacide Oui Non

Tylenol (ou advil) Oui Non

Vitamines / suppléments minéraux Oui Non

Laxatif Oui Non

Autres:

Antihistaminique Oui Non

Veuillez indiquer tous les médicaments prescrits que vous prenez présentement.

.....

.....

Signature: Date: