

Informations générales

Nom: _____
 Date de naissance : _____
 Adresse: _____
 Occupation: _____
 Tél. résidence _____
 Courriel: _____

Prénom: _____
 Âge: _____ Sexe: M F
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Cellulaire: _____
 Préférence pour confirmer votre rendez-vous:
 Courriel Cellulaire Résidence

Référence

Comment avez-vous connu PhysioConcept?

- Recherche Google Un autre patient Publicité
 Professionnel de la santé Médecin Autre _____

Quel est le nom de la personne qui vous a recommandé PhysioConcept? _____

Voulez-vous les soins d'un physiothérapeute en particulier? Si oui lequel? _____

Politiques

Annulation: Votre rendez-vous sera confirmé la journée précédent celui-ci. À partir de ce moment, si vous avez un empêchement, un frais de 35\$ sera appliqué afin de respecter les autres patients en attente de rendez-vous.

Merci de votre compréhension. **Initiales** _____

Motifs de la consultation

Pour quelles raisons et/ou blessures venez-vous consulter?

Avez-vous des objectifs ou attentes particulières?

Voyez-vous actuellement un des professionnels suivants?

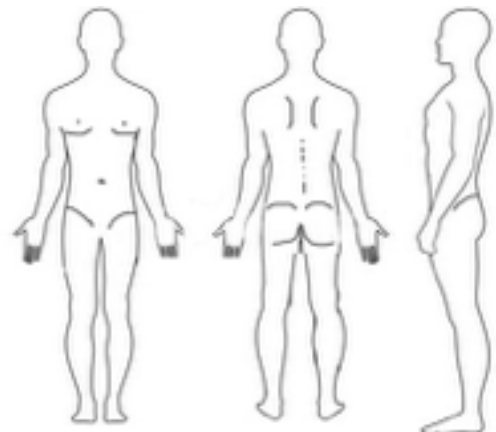
- MD Chiropraticien Ostéopathe autre: _____

Avez-vous déjà été traité pour la condition actuelle? Oui Non

Si oui, quand? _____

Par qui? _____

Encerclez vos zones de douleurs dans le schéma.



Antécédents médicaux

Êtes-vous enceinte? Oui Non

Nombre de semaines _____

Avez-vous eu un accident de la route? Oui Non

Avez-vous déjà été traité pour une autre blessure?
 Oui Non

Avez-vous déjà subi des fractures? Oui Non

Avez-vous déjà subi des chirurgies? Oui Non

Quels médicaments sans prescriptions parmi les suivants prenez-vous ou avez-vous pris au cours de la dernière semaine?

Acide acétylsalicylique (Aspirine)

Acétaminophène (Tylénol)

Ibuprofène (Advil)

Laxatif

Antihistaminique

Antiacide

Vitamine / suppléments minéraux

Autres: _____

Inscrivez s'il vous plaît tout médicament prescrit que vous prenez présentement: _____

Habitudes de vie

Travaillez-vous à l'ordinateur? Oui Non

Faites-vous des mouvements répétitifs?

Lesquels? _____ Oui Non

Votre poids est-il stable

depuis les 6 derniers mois? Oui Non

Si non connaissez-vous la raison: _____

Pratiquez-vous des sports? Oui Non

Lesquels? _____

À quel fréquence? _____

Avez-vous une dépendance chimique?

(tabac, alcool, drogue) Oui Non

À quelle fréquence? _____

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des troubles suivants?

Cancer

Diabète / hypoglycémie

Problèmes cardiaques /
hypertension

Cholestérol

Problème vasculaire / phlébite

Accident vasculaire cérébral

Épilepsie

Maladie de peau

Ostéoporose

Stimulateur cardiaque
(pacemaker)

Implant métallique

Arthrite / Arthrose

Commotion / perte de
conscience

Anxiété / dépression / bipolarité

Problème de la glande thyroïde

Problème respiratoire (asthme,
emphysème, bronchite)

VIH (sida)

Hépatite

Problème gastrique

Problème rénal

Sclérose en plaques

Céphalées / migraines

Allergies

Autre: _____

Signature: _____

Date: _____