



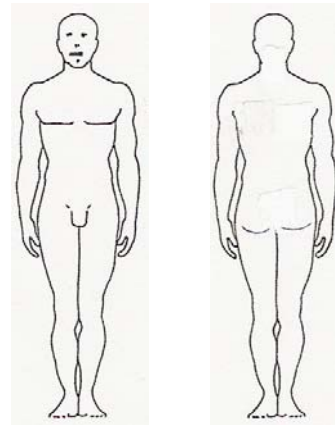
Fichier personnel

Référé par : _____

Nom : _____	Date de naissance: _____
Adresse : _____	Apt. _____ Ville : _____
Code postal : _____	Tél. (maison) : (____)
Courriel : _____	
Métier : _____	Tél. (travail) : (____)

Écrivez vos principaux malaises par ordre d'importance :

Sur ce diagramme du corps humain, encerclez ou marquez d'un X la ou les régions où vous ressentez une douleur ou un malaise.



Avez-vous déjà eu un accident d'automobile? OUI NON

Si oui, précisez : _____

Votre problème est-il relié à une chute ou un accident ? OUI NON

Depuis combien de temps avez-vous ce(s) problème(s) ? _____

Ce(s) problème(s) vous empêche-t-il de travailler ? OUI NON

De mener à bien vos tâches quotidiennes ? OUI NON

Affecte-t-il votre humeur ? OUI NON

Votre condition semble-t-elle s'aggraver ? OUI NON De façon constante ou de façon intermittente ?

Avez-vous souffert de cette douleur ou d'une douleur semblable dans le passé ? OUI NON

Si oui, quand ? _____

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour ce(s) problème(s) ? OUI NON

Précisez : _____

Avez-vous subi une intervention chirurgicale dans les 6 derniers mois ? OUI NON

Si oui, quand ? _____

Avez-vous déjà été hospitalisé ? OUI NON

Si oui, pourquoi ? _____

Avez-vous déjà eu des radiographies ? OUI NON

Si oui, lesquelles et quand ? _____



Est-ce la première fois que vous consultez un chiropraticien? OUI NON

Si non, date de la dernière consultation : _____

Nom du chiropraticien : _____

Résultat du traitement : BON MOYEN NUL

Encerclez les symptômes qui s'appliquent à vous, qu'ils soient présents ou passés :

Maux de tête	Peau sèche	Mémoire infidèle	Gaz intestinaux
Hémorroïdes	Enflure des joints	Poussée de fièvre	Facilement essoufflé
Boule dans l'estomac	Chaleur	Bronchite	Insomnie
Diarrhée	Faiblesse	Amygdalites	Allergies
Maux de cou	Étourdissement	Épilepsie	Enflure des pieds
Palpitations	Mains et pieds froids	Constipation	Enflure des mains
Boule dans la gorge	Difficulté à uriner	Otites	Sang dans l'urine
Nervosité	Asthme	Digestion difficile	Sang dans les selles
Maux de dos	Évanouissement	Diabète	Engourdissement des mains
Engourdissement des fesses et des jambes			

Historique familial (encercler)

Y a-t-il un membre de votre famille souffrant de : Cancer - Diabète - Haute pression - Arthrite vertébrale ?

Autres : _____

Habitudes de vie

Quelle est votre consommation (par jour) de cigarettes? _____ café ? _____ alcool ? _____

Faites-vous régulièrement de l'exercice physique ? OUI NON

Prenez-vous des suppléments alimentaires ? OUI NON Si oui, lesquels : _____

Dormez-vous sur un lit d'eau ? OUI NON

Dans quelle position dormez-vous ? sur le ventre sur le dos sur le côté

Quelle est votre posture au travail? Assis Penché Accroupi Debout

Prenez-vous des médicaments ? OUI NON Si oui, lesquels ? _____



Pour femmes seulement

Avez-vous des menstruations difficiles ? OUI NON Avez-vous un cycle régulier ? OUI NON

Souffrez-vous de douleurs prémenstruelles ? OUI NON Êtes-vous en ménopause? OUI NON

Êtes-vous présentement enceinte ? OUI NON Je ne sais pas

Quelle est la date du début de vos dernières menstruations ? _____

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et j'autorise le Docteur Alain Levaque à effectuer les soins nécessaires.

Signature : _____

_____ Date