



CENTRES CHIROPRATIQUES

Avez-vous déjà eu ce problème antérieurement? _____

Avez-vous déjà été traité pour cette condition? _____

Si oui, par qui et quels ont été les résultats? _____

Avez-vous eu un examen médical précédent votre malaise (douleur)? _____

Avez-vous déjà eu un accident ou une chute importante? _____

Activités/loisirs : _____

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques? Nom : _____

Date de consultations : _____

Pour quelle condition? _____

Résultat des traitements : BON MOYEN NUL

COCHEZ LES SYMPTÔMES FAMILIERS		HABITUDES DE SOMMEIL
<input type="radio"/> MAUX DE TÊTE	<input type="radio"/> ÉVANOUISSEMENT	POSITIONS DE SOMMEIL
<input type="radio"/> MAUX DE COU	<input type="radio"/> ENGOURDISSEMENT	<input type="radio"/> DOS
<input type="radio"/> MAUX DE DOS	<input type="radio"/> INSOMNIES	<input type="radio"/> COTÉ
<input type="radio"/> FATIGUE	<input type="radio"/> CONSTIPATION/DIARRHÉE	<input type="radio"/> VENTRE
<input type="radio"/> PROBLÈMES PULMONAIRES	<input type="radio"/> TENSION INTÉRIEURE	TYPE D'OREILLER
<input type="radio"/> PROBLÈME CARDIAQUES	<input type="radio"/> PROBLÈMES MENSTRUELS	<input type="radio"/> ORTHOPÉDIQUE
<input type="radio"/> DOULEUR ARTICULAIRES	<input type="radio"/> BOURDONNEMENT DANS LES OREILLES	<input type="radio"/> MOUSSE MÉMOIRE
<input type="radio"/> ÉTOURDISSEMENT	<input type="radio"/> AUTRES	<input type="radio"/> ORDINAIRE

N.B. Les radiographies font partie du dossier et par conséquent demeurent la propriété de la clinique. Les radiographies (s'il y a lieu) et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

(NOUS VOUS PRIONS DE BIEN VOULOIR RÉPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS S.V.P.)