



Bienvenue au Centre du mieux-être optimal

Nom _____ Date _____

Téléphones: maison _____ travail _____ cellulaire _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Courriel _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Âge _____

Comment avez-vous entendu parler de notre centre ?

- parent ami(e) courrier Internet
 pages jaunes autre: _____

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques ?

- oui non

Date approximative de la dernière visite _____

Situation familiale: célibataire marié(e) divorcé(e) Nom du conjoint _____

Nom et âge du (des) enfant(s): _____

Occupation _____ Employeur _____

Passe-temps _____

S.V.P cochez les raisons qui vous incitent à recevoir des soins chiropratiques :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Je continue les soins en cours d'un autre chiropraticien | <input type="checkbox"/> J'ai une condition spécifique qui m'inquiète |
| <input type="checkbox"/> Je suis intéressé(e) au mieux-être et aux soins naturels | <input type="checkbox"/> Je veux renforcer et optimiser mon système immunitaire |
| <input type="checkbox"/> Je suis inquiet(e) de ma santé et je cherche des réponses | <input type="checkbox"/> Je n'ai aucune idée pourquoi je suis ici. Prenez s'il vous plaît le temps pour m'expliquer ce que vous faites. |

Afin que nous puissions mieux comprendre votre niveau de santé actuel, veuillez cocher parmi les signaux corporels suivants, ceux que vous avez présentement ou que vous avez déjà eus :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vertige/étourdissement | <input type="checkbox"/> Engourdissements | <input type="checkbox"/> Jambe courte |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles (otites, cérumen abondant) | <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus | <input type="checkbox"/> Troubles de la ménopause |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête (céphalées, migraines fréquentes) | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires (cystites à répétition, incontinence) |
| <input type="checkbox"/> Troubles pulmonaires (asthme, tuberculose, etc.) | <input type="checkbox"/> Problèmes oculaires | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs (ulcères d'estomac ou duodéal, acidité) |
| <input type="checkbox"/> Haute/Basse pression sanguine | <input type="checkbox"/> Oedème (enflure) | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques ((infarctus, angine, souffle, troubles de valve) |
| <input type="checkbox"/> Arthrite/Arthrose | <input type="checkbox"/> Constipation/Diarrhée | <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ? |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de foie (hépatite A, B ou C, cirrhose) | <input type="checkbox"/> Boulimie/anorexie | |
| <input type="checkbox"/> Sang dans les selles/urine | <input type="checkbox"/> Maladies de peau | |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | |
| <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Fatigue chronique | |
| <input type="checkbox"/> Dépression/anxiété/nervosité | <input type="checkbox"/> Syndrome prémenstruel | |

Cochez, parmi les conditions suivantes, celles que vous avez ou avez eues ET encerclez les conditions qui sont communes aux membres de votre famille :

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcoolisme | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | Existe-t-il des maladies génétiques? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires | Si oui, lesquelles: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arthrose/arthrite | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Artériosclérose | _____ |

Énumérer les médicaments que vous consommez présentement : _____

Homéopathie : _____

Avez-vous des allergies? oui non Si oui, à quoi? _____



Votre dernier examen date de :

	moins de 6 mois	6 à 18 mois	plus de 18 mois	jamais
Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section réservée aux femmes

Êtes-vous enceinte? oui non peut-être

Dernière période menstruelle : du _____ au _____

Vos menstruations sont-elles régulières? oui non

Vos menstruations sont-elles douloureuses? oui non

Méthode contraceptive :

anovulant condom symptothermique

autre : _____

Avez-vous remarqué :

- la présence de masses sur les seins? oui non

- des sécrétions vaginales anormales? oui non

Êtes-vous en ménopause? oui non

Suivez-vous une hormonothérapie? oui non

Raison de la consultation

1- Quelle est la raison de votre consultation? _____

2- Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal? _____

3- Comment est survenu ce problème? graduellement subitement suite à un accident je ne sais pas

4- Votre problème est-il présent: 100% du temps 75% 50% 25% moins de 25%

5- Comment évolue votre problème? s'améliore ne change pas s'aggrave

6- Quand votre problème est-il plus intense? au lever le jour le soir la nuit

7- Votre problème vous empêche-t-il de : travailler dormir mener votre routine

8- Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? oui non

Si oui, lequel: chiropraticien médecin autre _____

9- Avez-vous eu un problème semblable auparavant? oui non Si oui, quand? _____

Les pires inconvénients reliés à mon problème de santé sont: _____

Les plus grands avantages qui seront ajoutés à ma vie quand j'aurai recouvré ma santé sont: _____

Il est important pour nous d'avoir les mêmes objectifs que nos patients en regard de la santé et du mieux-être qui inclut les soins chiropratiques. Peu importe le nom d'une condition ou d'une maladie, nous n'offrons pas de la traiter. Notre seul objectif de pratique est de rétablir l'équilibre du corps humain et ce, en enlevant les intoxications et en comblant les carences découlant de nos habitudes de vie. Notre seule méthode est de procéder à des ajustements précis pour corriger les subluxations vertébrales. Nous savons que le corps s'autoguérît et notre but est de maximiser sa capacité de guérison en lui fournissant ce dont il a besoin sans recourir aux médicaments ou à la chirurgie.

Signature

Date

En signant le présent document, vous confirmez que l'information fournie est complète et que vous acceptez les soins chiropratiques, le cas échéant, sur cette base.