



Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de naissance : (J) \_\_\_\_ (M) \_\_\_\_ (A) \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_

### Informations Personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tél. maison : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tél.: travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cell.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### État Civil :

Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Conjoint de fait

Votre occupation : \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte ?  **OUI**  Non

### Renseignements Médicaux

Consommez-vous des médicaments ?  **OUI**  Non

Si **OUI**, lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous souffert ou souffrez-vous des conditions suivantes :  
( Encercler une réponse **même si la réponse est NON...** )

Maladies cardiaques	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Hypertension	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Basse pression	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Diabète	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Arthrose	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Arthrite	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Cancer	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

Si vous avez répondu(e) **OUI** à la question sur le cancer, veuillez donner dates et descriptions S.V.P.

Avez-vous déjà été opéré(e) :  OUI  Non

Si OUI, donner dates et descriptions \_\_\_\_\_

---

Est-ce votre première expérience avec la Chiropratique :  OUI  Non

Sur les 2 schémas qui suivent, **veuillez indiquer par des rayures ( /// )** les endroits douloureux ou insensibles.  
**Indiquez par des points ( ::: )** les régions où vous ressentez des engourdissements.



Sur une échelle de 1 à 10, où vous situez-vous ?



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Pas de douleur  
extrême**

**Douleur**

Qui avez-vous consulté(e) pour la **CONDITION**

**ACTUELLE ?**

Médecin  Spécialiste  Acupuncteur  Massothérapeute  Myologiste

Orthothérapeute  Ostéopathe  Chiropraticien  Physiothérapeute  Autre

Quand avez-vous consulté(e) ? \_\_\_\_\_

Résultats obtenus : \_\_\_\_\_

---

Avec quelle compagnie d'assurance êtes-vous assuré(e) ?

Compagnie : \_\_\_\_\_ # de police : \_\_\_\_\_

## Questionnaire mode de vie

Est-ce que vous fumez ?  **OUI**  **Non**

Si Oui, vous fumez des...  Cigarettes  Cigares  Pipe

Combien de cigarettes par jour ? \_\_\_\_\_

Vous buvez du café ou du thé ?  **OUI**  **Non**

Combien de cafés par jour ? \_\_\_\_\_

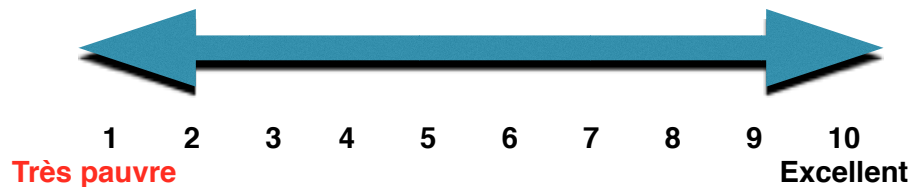
Les boissons de type Cola contiennent de la caféine, combien en buvez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Buvez-vous des boissons de type Énergisantes ( Ex : Red Bull etc... ) ?  **OUI**  **Non**

Combien en buvez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Faites-vous de l'exercice régulièrement ?  **OUI**  **Non**

Sur une échelle de 1 à 10, comment considérez-vous votre état de santé général ?



---

Qui vous a référé(e) à cette clinique ?

- Pages Jaunes Papier  Pages Jaunes Web  Google  Canada 411  
 Notre site Web  Certificat cadeau  Journaux  Un de nos patient(e)

Nom du patient qui vous a référé(e) : \_\_\_\_\_

---

**N'oubliez pas de lire la feuille de tarification incluse dans le présent cartable...**

**Bienvenue au Centre Chiropratique Comeau**

