

Questionnaire santé

Nom _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Indiquez par un X la case appropriée aux symptômes que vous avez perçus. Nous désirons en savoir le plus possible concernant votre santé avant d'accepter de vous traiter. Soyez assuré que ce rapport concernant votre santé est confidentiel.

O = Occasionnel

F = Fréquent

C = Constant

O F C

- Allergie
- Frisson
- Etourdissement
- Evanouissement
- Fatigue
- Fièvre
- Maux de tête
- Insomnie
- Perte de poids
- Nervosité
- Névralgie
- Engourdissement
- Transpiration
- Tremblement
- Perte d'équilibre
- Perte de mémoire
- Irritabilité
- Tension interne
- Pieds froids
- Dépression

GENTO-URINAIRE

- Uriner au lit
- Sang dans l'urine
- Uriner fréquemment
- Infection des reins
- Douleur en urinant
- Trouble de prostate

O F C

GASTRO INTESTINAL

- Gaz
- Colite
- Constipation
- Diarrhée
- Digestion difficile
- Faim excessive
- Hémorroïdes
- Jaunisse
- Trouble du foie
- Nausée
- Douleur à l'estomac
- Peu d'appétit
- Vomissement
- Vomissement sanguin

CARDIO-VASCULAIRE

- Haute ou basse pression
- Points au cœur
- Mauvaise circulation
- Palpitation ou battements lent
- Chevilles enflées
- Palpitation ou battements lents

YEUX, OREILLES ET NEZ

- Asthme
- Grippe
- Douleur aux yeux
- Yeux larmoyants
- Bourdonnement dans les oreilles
- Vue affaiblie
- Saignement nasal
- Infection des sinus
- Mal de gorge
- Amygdalite

O F C

MUSCULATURE ET ARTICULATIONS

- Arthrite
- Bursite
- Trouble de pied
- Hernie
- Douleur au bas du dos
- Lombalgie
- Douleur/raideur au cou
- Douleur entre les épaules

DOULEUR OU ENGOURDISSEMENT DANS

- Epaules, bras, coudes, mains
- Hanches, jambes, genoux, pieds
- Sciatique

RESPIRATION

- Douleurs à l'estomac
- Toux chronique
- Respiration difficile
- Râlements

EPIDERME

- Démangeaisons
- Eruptions cutanées
- Peau sèche
- Varices

SECTION FEMINE

- Menstruations douloureuses
- Flux menstruel abondant
- Crampes
- Symptômes de ménopause
- Pertes vaginales

Etes-vous enceinte? Oui Non

Indiquez ici les opérations que vous avez déjà subies et en quelle année?

DATE DE VOTRE DERNIER EXAMEN

	Moins de 6 mois	6-18 mois	Plus de 18 mois	Jamais
Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physique (Médecin)	<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"/>
Radiologique	<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"/>

HABITUDES

Alcool _____ /semaine Café-Thé _____ /jour Tabac _____ /semaine Médicaments _____ /jour
Exercices _____ /semaine Sommeil _____ heures/nuit Liqueur douce _____ /jour

Date _____ Signature du patient ou tuteur _____