

NOUVEAU PATIENT

Date: _____

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____ #Apt: _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Date de naissance: _____ Age: _____

Tél (maison): _____ Tél (autre): _____

Courriel: _____ Occupation: _____

Référé par: _____ Internet Je vis dans la région *Amie/ Ami

(*SVP indiqué le nom de votre amie/ami) _____

Motif de la consultation:

S.V.P indiquez de quelle région il s'agit sur les diagrammes suivants.



Plus d'information : _____

Sur une échelle de 1 -10 a quelle hauteur est votre malaise selon ce problème?

(Aucune douleur) **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** (Douleur extrême)

Deuxieme motif de consultation:

Sur une échelle de 1 -10 a quelle hauteur est votre malaise selon ce problème?

(Aucune douleur) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Douleur extrême)

Consultations antérieures concernant ce problème:

Dr. _____ Diagnostic: _____

Thérapies: _____ Médicaments: _____

S.V.P TOURNEZ LA PAGE



Dr. Steve J. Fitz, Chiropractor 5139 Ave. Bannantyne, Verdun, Québec, H4G 1G4 Tel: 514.766.4156

L'histoire:

Traumatiques: Oui Non (Expliquer): _____

Médicaux / Chirurgie: Oui Non (Expliquer): _____

Habitudes: Fumeur ____ / jour Café ____ / jour Alcool ____ Exercices _____

Habitudes alimentaires: Bonnes Modéré Mauvaises Commentaires : _____

Souffrez-vous de:

- | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------|---|
| Vertiges ou étourdissements | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles pulmonaires | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Sinusite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de vision | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles circulatoire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Œdème (gonflement) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles glandulaires | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arthrite/ arthrose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Dépression | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de prostate | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nervosité | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Fatigue | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Constipation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Engourdissement | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Allergies | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes sexuels | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Maux de tête | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de peau | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Autre: _____ | |

Indiquer votre niveau de stress au travail: (Pas de stress) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Extrême)

Indiquer votre niveau de stress chez vous: (Pas de stress) **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (Extrême)

Combien d'heures dormez-vous? _____ / par soir

Es ce que vous vous endormez facilement? _____

Es ce que vous restez endormez pour toute la soirée? _____

Vous dormez dans quelle position? _____

Combien d'heures par jour êtes-vous assis? _____ /par jour

Combien d'heures par jour êtes-vous assis en fin de semaine? _____ /par jour

Soulevez-vous des objets lourds au travail? (Expliquer) _____

Travaillez-vous dans toutes les positions inconfortables? (Expliquer) _____

Déclaration des Patients:

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes. Par la présent, j'autorise le Dr. Stephen J. Fitz Chiropraticien à effectuer les recommandations nécessaires au rétablissement de ma santé.

Signature: **X** _____ Date: _____

<u>POUR USAGE INTERNE SEULEMENT</u>			
Plan: _____ X par semaine pour _____ semaine(s)	Scan à visite: _____		
<input type="checkbox"/> Consultation/ Exam	<input type="checkbox"/> Scan	<input type="checkbox"/> Rayon-X	<input type="checkbox"/> Ajustement
Recommandations: _____			