

# CHIROPRACTIC FAMILY PRACTICE

## Formulaire d'entrée

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Adresse complète :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Age :** \_\_\_\_\_  
**Célibataire / Marié-pacsé**    **Nom de l'épouse :** \_\_\_\_\_ **Enfants :** \_\_\_\_\_  
**Avez vous déjà vu un chiropracteur ? Oui / Non**  
**Qui devons nous remercier pour vous avoir référé chez nous ?**

### Renseignements généraux :

**Taille / Poids :** \_\_\_\_\_ **Droitier/Gaucher**

**Profession :** \_\_\_\_\_

**Sport / Hobbies / Loisirs :** (indiquez également la fréquence des activités)

- \_\_\_\_\_ -

**Tabac : Oui / Non** (si oui détaillez combien de cigarettes par jour, nombres d'années)

-

**Prise de médicaments : Oui / Non** (si oui faire la liste des différents médicaments pris)

- \_\_\_\_\_ -

**Etes vous ou avez vous déjà été atteint(e) d'une maladie quelconque (Même enfant) ?**

- \_\_\_\_\_ -

**Une personne de votre famille a t'elle des problèmes de santé ?** (parents, frères, sœurs, enfants, etc.)

- \_\_\_\_\_ -

**Avez vous déjà été sous anesthésie générale ou locale ? Pour quelle raison ? (Même enfant) ?**

- \_\_\_\_\_ -

**Avez vous souffert de fractures, accidents de voiture, pertes de connaissance, traumatismes quelconques ?**

- \_\_\_\_\_ -

**S'il vous plaît listez les zones ou vous avez des cicatrices** (opérations chirurgicales, chutes, accidents, etc.)

- \_\_\_\_\_ -

**S'il vous plaît entourez tous les symptômes que vous avez déjà pu ressentir, même si ceux ci ne semblent pas concordants avec votre problème actuel :**

- |                                    |                               |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| - Migraines                        | - Fatigue                     | - Douleurs de cou                |
| - Fourmillements bras/mains/doigts | - Fourmillements jambes/pieds | - Douleurs lombaires             |
| - Vertiges                         | - Déséquilibres               | - Troubles digestifs             |
| - Acouphènes                       | - Perte d'énergie             | - Infections urinaires           |
| - Fièvre                           | - Douleurs menstruelles       | - Tremblements/Epilepsie         |
| - VIH                              | - Perte goût/odorat           | - Pieds/mains froid(e)s          |
| - Problèmes pour uriner            | - Asthme/allergies            | - Brûlures                       |
| - Interventions dentaires          | - Œdèmes                      | - Bruxisme (grincement de dents) |

**Qualité de sommeil ?** Excellente / Bonne / Médiocre

- **Nombre d'heures de sommeil :**

Sentiment d'être reposé au réveil (sommeil récupérateur) : Oui / Non

- Position : dos / ventre / côté

**Régime alimentaire ?** Excellent / Bon / Médiocre

Végétarien(ne) : Oui / Non                      Végétalien(ne) / Oui / Non

Viandes/poissons : \_\_\_\_\_ fois par semaine (en moyenne)    Légumes : \_\_\_\_\_ fois par semaine (en moyenne)

**Eau :** \_\_\_\_\_ litres/jour