

Informations personnelles

Date : ____/____/____ No. Dossier : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Âge : _____

Nom des parents : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ cell. : _____ travail : _____

Courriel : _____

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel (exercices, recommandations, informations)? Oui " Non "

Assurances couvrant les soins chiropratiques : oui " non " _____

Nom médecin de famille : _____ Date dernière consultation : _____

Votre enfant a-t-il déjà consulté en chiropratique? Oui " Non " Date du dernier traitement : _____

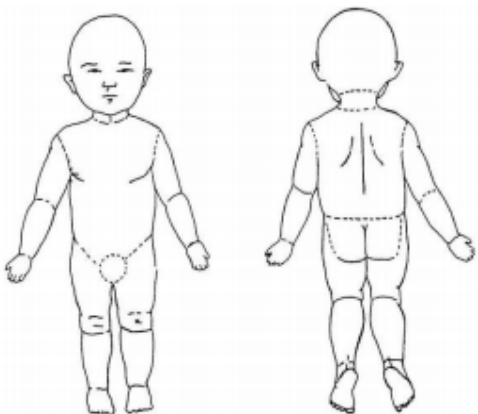
Comment avez-vous choisi la clinique?

Médecin " Chiropraticien " Autre professionnel " Nom : _____

Conjoint(e) " Parenté " Ami/collègue de travail " Autre " Nom : _____

Annuaire quartier " Annuaire Pages Jaunes " Pages Jaunes sur internet " Google " Site web " Facebook "

S'il y a lieu, indiquez la ou les zones douloureuses.



Quel est le motif de consultation principal?

Depuis combien de temps? _____

Comment est survenu ce problème?

Graduellement " Subitement " Accident " Chute " Je ne sais pas "

Quelle est la fréquence des symptômes?

Constant " In term itten't _____ jours/sem. Récurrent "

Les douleurs sont pires:

le jour " le soir " la nuit "

Après les boires/repas " pas de variations dans la journée "

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour cette condition?

Non " Oui " Précisez : _____

Grossesse et naissance

Problème durant la grossesse? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : _____

Accouchement :

☐ À terme	☐ Vaginale	☐ Épidural
☐ Prématuré	☐ Césarienne	☐ Siège
☐ Après terme	☐ Déclenchement	☐ Forceps / Ventouses
Durée du travail : _____	Durée de la poussée : _____	APGAR : _____
Poids à la naissance : _____	Taille à la naissance : _____	

Nutrition de votre enfant? ☐ Lait maternisé ☐ Allaitement - durée : _____

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :

☐ Roséole	☐ Otites	☐ Fracture / entorse
☐ Rougeole	☐ Coliques	☐ Torticolis congénital
☐ Rubéole	☐ Régurgitations / vomissements	☐ Plagiocéphalie
☐ Scarlatine	☐ Reflux gastriques	☐ Maux de dos
☐ Oreillons	☐ Gaz / Ballonnements	☐ Maux de tête
☐ Varicelle	☐ Constipation / Diarrhée	☐ Anxiété
☐ Fièvre / Frissons	☐ Diabète	☐ Hyperactivité (TDAH)
☐ Infections fréquentes	☐ Asthme / Allergies	☐ Cancer

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui ☐ Non ☐

A-t-il déjà été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : _____

Antécédents familiaux : _____

Historique de traumatismes:

- Chutes : Non ☐ Oui ☐ Si oui, précisez : _____
- Accident de voiture : Non ☐ Oui ☐ Si oui, précisez : _____

Votre enfant prend-il des médicaments, des produits naturels ou des suppléments? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : _____

Sommeil : _____ heures/nuit Positions de sommeil : Dos ☐ Côté ☐ Ventre ☐

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du parent : _____ Date : _____