



Dre Anissa St-Jean, DC
 Dr Denis St-Jean, DC

Clinique Chiropratique Hawkesbury
 130 Principale Ouest,
 Hawkesbury, Ontario
 K6A 2H2
 T : 613-632-0953, 613-632-0954,

Date d'ouverture du dossier :

QUESTIONNAIRE INITIAL

INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom et Nom :		Date de naissance :	
Sexe : M O F O			
Adresse		# tel Résidence :	
		Peut-on laisser un message à ce numéro? Oui O Non O	
		# tel Travail :	
Courriel fonctionnel:		# tel Cellulaire :	
Quelle profession exercez-vous ou avez-vous exercé dans votre vie :		Préférence de rappel de rendez-vous?	
		Par courriel : O	
		Par téléphone la veille : O	
Où travaillez-vous ?			
Statut matrimonial :	Avez-vous des enfants ? :	Comment avez-vous entendu parler de nous ?	
Célibataire O	Oui O Non O	O Facebook	
Conjoint de fait O	Si oui combien :	O Annuaire téléphonique	
Marié O Divorcé O		O Publicité	
Veuf O		O Une personne m'a parlé de vous. Dites-nous qui remercier pour la référence :	

MOTIF DE CONSULTATION

Pour **quelle raison** désirez-vous consulter le Dr(e) St-Jean ?

Décrivez-nous **comment** et **quand** cela s'est déclenché :

La sévérité de votre douleur principale **sur une échelle** de 0 à 10 ? au repos : /10 à l'activité : /10

Est-ce que quelque chose vous **soulage** ? Est-ce que quelque chose **aggrave** votre situation ?

REVUE DES SYSTÈMES

Souffrez-vous d'une maladie des :	Oui	Non	Précisez si nécessaire
Yeux, nez, bouche ou des oreilles ?	O	O	
De l'œsophage, l'estomac, du foie, de la gorge ou des poumons?	O	O	
De la vésicule biliaire ou de l'intestin ?	O	O	
Problème au cœur, de pression artérielle, de cholestérol ou du sang ?	O	O	
Problème de thyroïde, de diabète ou des hormones ?	O	O	
Problème de la peau, des ligaments, des muscles, des articulations ou des os ?	O	O	
Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des maux de tête ? Souvent ?	O	O	



Dre Anissa St-Jean, DC
Dr Denis St-Jean, DC

Clinique Chiropratique Hawkesbury
130 Principale Ouest,
Hawkesbury, Ontario
K6A 2H2
T : 613-632-0953, 613-632-0954,

ANTÉCÉDANTS DE VIE

Maladie connue ?	Opération/ Chirurgie ?	Allergies ?
Accident / Traumatisme ? (Auto, Sport, Divers)	Prenez vous des médicaments ? Médecin de famille : <hr/> Si vous avez votre liste de médicament avec vous demandé à notre assistante d'en faire une copie pour nos dossiers	

PILIERS DE LA SANTÉ

Consommez-vous...? Si oui, combien par semaine? -du tabac Oui <input type="radio"/> _____ Non <input type="radio"/> -De l'alcool Oui <input type="radio"/> _____ Non <input type="radio"/> -Du café/thé Oui <input type="radio"/> _____ Non <input type="radio"/> -Drogue Oui <input type="radio"/> _____ Non <input type="radio"/> -Boissons gazeuses Oui <input type="radio"/> _____ Non <input type="radio"/>	Verre d'eau : Quantité par jour ? Vitamines et/ou suppléments alimentaires ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Si oui, lesquels?	Sommeil # heure par nuit : Position de sommeil : Sur le côté gauche, côté droit, dos, ventre ? Exercices Type d'exercice : # de fois par semaine :
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX Il y a-t-il des maladies qui reviennent le plus souvent dans votre famille (cancer, troubles cardiaques, etc.) ?	Vous êtes à la recherche de quel type de soins ? <input type="radio"/> De soulagement des symptômes seulement <input type="radio"/> De soulagement durable et de prévention pour la santé vertébrale. <input type="radio"/> Au choix du plan de traitement du Dr(e) St-Jean	

PAIEMENTS

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable.
Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessous sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

Signature

Date