

Questionnaire de Première Visite

Cabinet Chiropratique

Merci de compléter lisiblement la présente fiche. Ces informations sont importantes pour la qualité des soins. Elles pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Ces informations restent strictement confidentielles et couvertes par le secret professionnel.

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance ____ / ____ / ____ Age : ____ ans

Téléphone _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Email _____ Nombre d'enfants : ____

Médecin Traitant : _____

Gaucher Droitier Taille _____ Poids _____

La Chiropraxie est une profession de santé manuelle. Elle se fonde sur une conception globale du fonctionnement de l'organisme et sur les relations existant entre la colonne vertébrale, le système nerveux et les troubles de la santé.

Le chiropracteur réalise des ajustements afin d'améliorer vos capacités d'adaptation aux stress et réduire vos douleurs. C'est une démarche de soin et de prévention.

Comment avez-vous connu le Cabinet ? _____

Pour quelle(s) raison(s) venez-vous aujourd'hui ? _____

Avez-vous déjà consulté pour ce problème : oui non

Si oui, quel traitement a été donné : _____

Par le passé avez-vous eu ...

... Accident de la route oui non

... Hospitalisation oui non

... Fractures / Entorses oui non

Quelle est votre profession ? _____

Travaillez-vous : debout assis

Devant un ordinateur : ____ h/sem En voiture ____ km/sem

Port de charges lourdes : oui non

Activités :

Sport pratiqué aujourd'hui : _____ par le passé _____

Autres activités : _____

Etes-vous sous traitement médicamenteux, si oui le(s) quel(s) et dosage(s) : _____

Rencontrez-vous ou avez-vous rencontré de forts stress émotionnels, en liens avec le motif de votre consultation ? oui non