

Questionnaire Santé * **Confidentiel** *

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : A _____ / M _____ / J _____ Sexe : **M** **F**

Profession : _____

Référé(e) par : _____ Médecin traitant : _____

Raison de la consultation : _____

Avez-vous déjà consulté en physiothérapie? Oui Non

Avez-vous déjà consulté en ostéopathie? Oui Non

Historique médical

Avez-vous eu des problèmes de santé depuis 5 ans? _____

Date du dernier examen médical : _____

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Oui Non

Prenez-vous présentement des médicaments? Oui Non **Lesquels?** _____

Avez-vous déjà subi des chirurgies? Oui Non **Lesquelles?** _____

Avez-vous des allergies? Oui Non **Lesquelles?** _____

Avez-vous constaté une variation importante de votre poids? Oui Non

Tabac? Oui Non Alcool? Oui Non À l'occasion

Enceinte? Oui Non Ménopausée? Oui Non

Stérilet? Oui Non Pilule anticonceptionnelle? Oui Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

Troubles cardiaques Oui Non **Arthrite** Oui Non **Asthme** Oui Non

Pacemaker Oui Non **Arthrose** Oui Non **Maux de tête** Oui Non

Haute pression Oui Non **Ostéoporose** Oui Non **Maux d'oreille/ mâchoire** Oui Non

Basse pression Oui Non **Étourdissements** Oui Non **Cholestérol** Oui Non

Perte de conscience Oui Non **Troubles thyroïdiens** Oui Non **Diabète** Oui Non

Hépatite Oui Non **Troubles rénaux** Oui Non **Cancer** Oui Non

Type : _____

VIH Oui Non **Troubles digestifs** Oui Non **Radiothérapie** Oui Non

Herpès ou autres MTS Oui Non **Troubles vasculaires** Oui Non **Épilepsie** Oui Non

Troubles nerveux Oui Non **Troubles pulmonaires** Oui Non **Maladie de la peau** Oui Non