

# DOSSIER PERSONNEL

**SOULAGEMENT TEMPORAIRE**  **CORRECTION DURABLE**  **AU CHOIX DU DOCTEUR**

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel \_\_\_\_\_ Téléphone au bureau \_\_\_\_\_

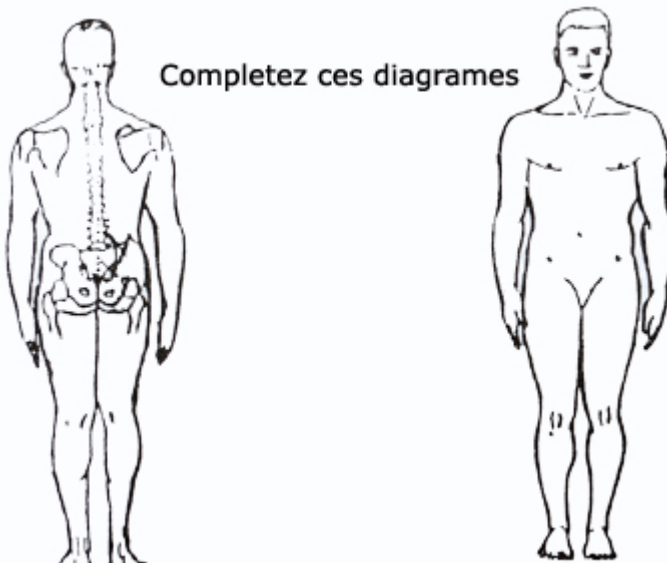
Date de naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Statut civil \_\_\_\_\_ Grandeur \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

Référé par \_\_\_\_\_

Encercler ci-dessous, l'endroit(s) des douleurs (sensibilité) et des tentions

**Completez ces diagrammes**



Problème principal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Depuis quand \_\_\_\_\_  
Causé par \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Déjà eu ce problème avant ? \_\_\_\_\_  
Est-ce que certain mouvement ou position aggrave votre douleur ?  
Ex : assis, debout, couché, en marchant... \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autre problème de santé ou autres douleurs ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Opérations ? \_\_\_\_\_

Si vous avez déjà un accident d'auto ?  Depuis 1 an  Depuis 5 ans

Plus de 5 ans  Jamais

Votre problème est-il relié à un accident, chute ou autre ? \_\_\_\_\_

Médicaments pour les nerfs  Anti-douleur  Relaxant musculaire  Ativant

Tranquillisant  Anticonceptionnelle  Autre

Vitamines que vous prenez actuellement :

---

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratique ?

---

Résultats du traitement : Bon  Moyen  Nul

**COCHEZ LES SYMPTOMES QUI VOUS SONT FAMILIERS :**

Maux de tête	<input type="checkbox"/>	Étourdissements	<input type="checkbox"/>	Boule à l'estomac	<input type="checkbox"/>	Impotence sexuelle	<input type="checkbox"/>
Maux de cou	<input type="checkbox"/>	Évanouissement	<input type="checkbox"/>	Boule à la gorge	<input type="checkbox"/>	Menstruation	<input type="checkbox"/>
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	Engourdissements	<input type="checkbox"/>	Enflure des articulations	<input type="checkbox"/>	Chaleur	<input type="checkbox"/>
Faiblesse	<input type="checkbox"/>	Amygdale	<input type="checkbox"/>	Pieds & mains froides	<input type="checkbox"/>	Nervosité	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Indigestion	<input type="checkbox"/>	Transpiration excessive	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Respiration	<input type="checkbox"/>	Insomnie	<input type="checkbox"/>	Moiteur des mains	<input type="checkbox"/>	Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Mémoire infidèle	<input type="checkbox"/>	Palpitation	<input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	Gaz	<input type="checkbox"/>	Tension intérieure	<input type="checkbox"/>	Peau sèche	<input type="checkbox"/>

N.B) Les soins chiropratiques, même s'ils sont couverts par une assurance sont payables à chaque visite. Si une compagnie d'assurance défrais en tout et ou en partie vos soins chiropratiques, soyez assuré que nous vous remplirons votre réclamation avec précision afin de vous assurer le maximum de bénéfice auquel vous avez droit. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

---

Signature du patient