

Afin de vous assurer que vous recevrez une évaluation complète et détaillée, veuillez s'il vous plaît, nous donner les informations concernant vos antécédents médicaux

Prénom
Nom de famille
Téléphone cellulaire
Téléphone maison
Téléphone travail Poste
Courriel
Préférence de confirmation de RV Texto Courriel
carte d'assurance maladie

Sexe homme femme Âge
Date de naissance
AAAA MM JJ
Adresse no
rue apt
Ville
Province Code postal

Acceptez-vous de recevoir nos communication par courriel? **Oui** **Non**

Médecin de famille Vous avez été référé par Occupation
Sports et loisirs

Quels sont vos objectifs face aux traitements de physiothérapie?

Souffrez-vous de l'une des conditions suivantes?

oui non

- Diabète
- Haute tension artérielle
- Problèmes cardiaques
- Hypercholestérolémie
- Asthme/Emphysème/Bronchite
- VIH (sida)
- Ostéoporose
- Dépendance chimique (i.e. alcoolisme, toxicomanie)
- Épilepsie
- Anémie
- Accident cérébro-vasculaire
- Sclérose en plaques
- Hépatite
- Maladie rénale
- Problème de la glande thyroïde
- Système digestif
- Dépression
- Hémophilie
- Enceinte, si oui, combien de semaine
- Condition arthritique, si oui, spécifier
- Cancer, si oui, préciser
- Allergie, si oui, spécifier

Autre condition

Voyez-vous actuellement les praticiens suivants?

Médecin

Chiropraticien

Ostéopathe

Autres

Indiquez toute chirurgie ou autre condition pour laquelle vous avez été hospitalisé, la date approximative, ainsi que le motif chirurgical ou d'hospitalisation.

Date

Chirurgie/Hospitalisation

Motif

Indiquez toute blessure pour laquelle vous avez été traité (incluant fracture, entorse) et la date approximative de la blessure.

Date

Blessure

Inscrivez tout médicament que vous prenez présentement :

- | | | |
|----|----------|-----|
| 1. | 5. | 9. |
| 2. | 6. | 10. |
| 3. | 7. _____ | 11. |
| 4. | 8. | 12. |

Êtes-vous assuré avec une assurance collective?

Oui

Non

Si oui, laquelle?

Annulation/absence (moins de 24 heures)	30.00 \$
*** IMPORTANT : Des frais mensuels de 15% d'intérêts seront ajoutés au solde impayé. ***	

En inscrivant mon nom dans la case "Signature du patient", je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature du patient

Date

AAAA MM JJ

Signature du thérapeute

Date

AAAA	MM	JJ
------	----	----