



**1- Informations Générales**

NOM :		PRÉNOM :	
# Ass. Maladie :	Exp.	D.D.N.	
Adresse :		Ville :	
Province :	C.P. :	Tél. : (    )	

Nom de l'employeur :		Poste :	
Adresse :		Ville :	
Province :	C.P. :	Tél. : (    )	

**2- Histoire médicale**

a) Combien de radiographie avez-vous eu au cours des cinq dernières années \_\_\_\_\_

Énumérez-les ci-dessous:

Date:     /     /    .      Résultat: \_\_\_\_\_  
          an    mois    jour

Date:     /     /    .      Résultat: \_\_\_\_\_  
          an    mois    jour

Date:     /     /    .      Résultat: \_\_\_\_\_  
          an    mois    jour

b) S.V.P. Veuillez énumérer toutes blessures et chirurgies survenues dans les deux (2) dernières années.

---

---

c) Femme : êtes-vous enceinte?                    \_\_\_\_\_ Oui                    \_\_\_\_\_ Non

d) Souffrez-vous présentement ou avez-vous déjà souffert des conditions suivantes:

	Oui	Non
Maladie cardiaque	_____	_____
Problèmes de tension artérielle	_____	_____
Anémie / troubles sanguins	_____	_____
Asthme / bronchite	_____	_____
Problèmes respiratoires	_____	_____
Convulsions / épilepsie	_____	_____
Diabète	_____	_____
Maladies rénales	_____	_____
Troubles glandulaires	_____	_____
Cancer / tumeur	_____	_____
Arthrite	_____	_____
Migraines	_____	_____
Allergies	_____	_____
Porteur VIH	_____	_____
Enflure des extrémités	_____	_____
Dépendance aux drogues/alcool:	_____	_____
Commotion/traumatisme crânien :	_____	_____
Maux de tête:	_____	_____
Perte de mémoire:	_____	_____
Perte temporaire de la vision:	_____	_____
Perte temporaire de l'ouïe:	_____	_____
Nausées:	_____	_____
Étourdissements/évanouissement:	_____	_____
Engourdissement/faiblesse des membres:	_____	_____
Insolation/déshydratation:	_____	_____
Insomnie/perte d'appétit:	_____	_____
Problèmes dentaires:	_____	_____
Blessure interne:	_____	_____
Hernie discale:	_____	_____
Autre type d'hernie :	_____	_____
Troubles digestifs:	_____	_____
Infection sévère:	_____	_____
Problèmes de peau:	_____	_____
Troubles menstruels:	_____	_____
Problèmes génitaux:	_____	_____
Autres:	_____	_____



Musculo-squelettique (problèmes récents):

---

---

---

Autres:

---

---

Médecin : \_\_\_\_\_ # pratique : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
an mois jour