

Rencontre initiale

Nom de famille : _____	Prénom : _____		
Adresse : _____	App : _____	Ville : _____	Code postal : _____
Tél résidence : _____	Bureau : _____	# _____	
Cell : _____	Contact en cas d'urgence : _____		
Courriel (<i>j'accepte en l'inscrivant ici d'être contacté par courriel</i>) : _____			
Date de naissance (<i>jour/mois/année</i>) : _____	Sexe : _____	F / H	

Référé par : _____			
Radio	Télévision	Conférence	Journal
Cartes d'affaires	Internet	Bottin téléphonique	

Pour quelle raison nous consultez-vous aujourd'hui? _____			
Le problème vous empêche-t-il de travailler? _____	O / N	De dormir? _____	O / N
Il nuit à vos activités quotidiennes? _____	O / N		
Le problème résulte d'un accident? _____			
Avez-vous consulté un médecin pour cette condition? _____	O / N		
Nom du médecin : _____			
Avez-vous déjà consulté un chiropraticien : _____	O / N		
Nom du chiropraticien : _____			

Êtes-vous atteint d'une maladie (la/lesquelles)? _____	
Prenez-vous des médicaments (lesquels)? _____	
Avez-vous eu des accidents par le passé? _____	
Avez-vous eu des opérations (lesquelles/quand)? _____	

Votre alimentation est-elle variée? _____	O / N	
Buvez-vous plus de 1.5 L d'eau par jour? _____	O / N	
Nb de cafés/jour _____	Nb de cigarettes/jour/semaine _____	Alcool/jour/semaine _____
Position de sommeil : Côté gauche – Côté droit – Dos – Ventre _____		

J'accepte de recevoir un rappel de rendez-vous par courriel et par messagerie texte aux coordonnées suivantes : Courriel : _____ Numéro de cellulaire : _____
<i>J'accepte que mon chiropraticien me facture directement ses services et qu'un reçu me soit fourni afin de faire moi-même ma réclamation auprès de mon assureur. J'autorise également mon chiropraticien à divulguer à mon fournisseur d'assurance les dates de visites et les montants déboursés si une vérification est faite par l'assureur.</i>
Signature du patient ou curateur : _____