

QUESTIONNAIRE SANTÉ (ADULTE)

1/6

FICHE D'IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____ sexe : F / M

Cellulaire _____ # Maison _____ # Travail _____

Adresse : _____ C.P. : _____

Ville : _____ Province : _____ Pays : _____

Courriel : _____

Occupation : _____

Comment percevez-vous votre situation financière ? _____

Contact en cas d'urgence Nom : _____ Téléphone : _____

Droitier Gaucher Date de naissance : JJ / MM / AA (_____)

Situation Civile? célibataire marié conjoint de fait divorcé _____

Habitez-vous ? Seul(e) Colocataire Parents Couple Enfants, combien _____

Avez-vous des animaux domestiques ou de ferme ? non oui

Où vivent-ils ? Intérieur Extérieur les deux _____

Comment avez-vous entendu parler de moi : _____

Préférez-vous un reçu pour les ; impôts en massothérapeute ou en naturopathie .

SUIVI MÉDICAL ET HOLISTIQUE :

Médecins traitants : _____

Médecins traitants : _____

Médecins traitants : _____

Médicaments actuels	Depuis	Pourquoi	Effets secondaires
Vaccinations annuelles:			

Thérapeutes traitants : _____

Thérapeutes traitants : _____

Thérapeutes traitants : _____

Thérapeutes traitants : _____

Suppléments / posologie / fréquence	Depuis	Pourquoi	Effets secondaires

QUESTIONNAIRE SANTÉ (ADULTE)

3/6

Quelle consommation faites-vous des produits suivants (par jour ou par semaine) ?

Verre d'eau/jour : _____ boisson (soda)/jour _____ Café : _____ Thé : _____

Alcool : _____ Cannabis : _____ Drogues : _____ Médicaments : _____

Êtes-vous régulièrement exposé à la fumée ? non oui, depuis combien d'années ? _____

Allergies : non oui, lesquelles : _____

Type régime alimentaire : _____

Avez-vous des restrictions alimentaires ? non oui, lesquels ? _____

Avez-vous du dégoût pour certains aliments ? non oui, lesquels ? _____

Avez-vous des rages pour certains aliments ? non oui, lesquels ? _____

Êtes-vous affecté par les changements de saison ? _____

Habitudes de sommeil :

- Vous sentez-vous reposé au lever ? oui non _____
- Quel est votre heure du lever et du coucher ? _____
- Réveils fréquents ? non oui, quelles heures ? _____
- Position de sommeil _____

Exercices /Sports	Fréquence par semaine	Durée
Activités / loisirs		

PARLEZ-MOI DE VOTRE HISTOIRE MÉDICALE

QUESTIONNAIRE SANTÉ (ADULTE)

4/6

Avez-vous des orthèses/prothèses artificielles (incluant dentaire) ? non

oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous un stimulateur cardiaque et/ou pompe à insuline? non

oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous pris de la cortisone / stéroïdes sur une longue période: non

oui, lesquels / pourquoi : _____

Avez-vous pris des antibiotiques sur une longue période : non

oui, lesquels / pourquoi : _____

Avez-vous pris un/des médicaments dans le passé sur une longue période : non

oui, lesquels / pourquoi : _____

Avez-vous vécu ou voyagé à l'extérieur du Canada ? non oui

Si oui, où ? Avez-vous été malade ? _____

Vaccins de voyage : non oui, quelles années ? _____

Vaccins d'enfance : non oui, quelles années ? _____

Avez-vous été exposé à des produits toxiques au travail ou au foyer ? non oui ;

Plomb Cadmium Arsenic Mercure Aluminium Moisissures Produits ménagers Autre _____

Avez-vous eu la mononucléose

Avez-vous eu la _____

Avez-vous eu la _____

Avez-vous eu la _____

Avez-vous eu la _____

Avez-vous eu la _____

PARLEZ-MOI DE VOTRE HISTOIRE ÉVÈNEMENTIELLE :

- Conception : _____
- Gestation : _____
- Naissance : _____
- Période enfantine : _____
- Primaire : _____

- Secondaire : _____

Période de la vingtaine : _____

Période de la trentaine : _____

Période de la quarantaine : _____

Période de la cinquantaine : _____

Période de la soixante et plus : _____

Raisons de la consultation :

Problème(s)	Depuis	Commentaires

Quel est votre niveau de stress sur une échelle 0-10 ?

Aucun stress 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Stress élevé

Quel est votre niveau d'énergie sur une échelle 0-10 ?

Aucun énergie 0,1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, 9,10 énergie élevé

Consentement

- *Je comprends et reconnais que les conseils, les programmes et/ou les plans sont des outils pour améliorer ma santé. Toutes les recommandations ne sont pas dans le but de guérir une maladie quelconque, donc, aucun diagnostic ne sera établi. Je suis entièrement responsable des informations fournies aux thérapeutes concernant ma santé.*
- *Les suppléments ne sont pas remboursables.*
- *Je suis entièrement responsable des informations fournies aux thérapeutes concernant ma santé. Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessous sont complètes et exactes, au meilleur de ma connaissance.*

Signature : _____

Date d'ouverture de dossier : JJ / MM / AA