

# PHYSIOTHÉRAPIE

PRÉNOM	NOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	
	TÉLÉPHONE TRAVAIL	
CODE POSTAL	OCCUPATION	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	EMPLOYEUR	
NO DE DOSSIER (CSST, SAAQ)	DATE DE NAISSANCE	
MÉDECIN RÉFÉRANT	DATE DE RÉFÉRENCE	DATE DE L'ÉVÉNEMENT

## Questionnaire de santé

### Souffrez vous des conditions suivantes :

Problème glande thyroïde  oui  non      Problème cardiaque  oui  non      Diabète  oui  non  
Arthrite rhumatoïde  oui  non      Ostéoporose  oui  non      Cancer  oui  non  
Autres formes d'arthrite  oui  non      Hépatite  oui  non      VIH SIDA  oui  non  
Problème circulatoire  oui  non      Épilepsie  oui  non      Dépression  oui  non  
Problème respiratoire  oui  non      Autres :

**Dominance :** Gaucher  Droitier       **Êtes vous porteur Tige-plaque-vis.**  Oui  Non où : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous enceinte?**  oui  non, Si oui, combien de semaines : \_\_\_\_\_

**Inscrivez tout médicament prescrit que vous prenez présentement :** \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà subi :** Tendinite, bursite, capsulite :  Oui  Non  
Entorse :  Oui  Non      Fracture :  Oui  Non      Luxation:  Oui  Non      Opération:  Oui  Non  
Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**Faites-vous du sport ou de l'exercice régulièrement?**  OUI  NON  
Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu des traitements de physiothérapie?**  OUI  NON  
Si oui, précisez l'endroit, le nombre de traitement et les dates: \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà été traité par d'autres praticiens (chiros, ramancheurs, etc.)?**  OUI  NON  
Si oui, à quelle(s) date(s): \_\_\_\_\_

**Avant aujourd'hui, avez-vous déjà souffert d'une condition semblable?**  OUI  NON  
Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Je m'engage à rembourser Physio-Tech Coaticook pour tout frais qui ne serait pas couvert par un programme d'assurance privé, SAAQ ou CSST.

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_