

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

(Massothérapie, orthothérapie, kinésithérapie)



Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél maison : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Occupation : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Date de la première rencontre : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Assurance  oui  non

Compagnie : \_\_\_\_\_

Raison de la consultation : \_\_\_\_\_

Avez-vous consulté un médecin à ce sujet?  oui  non

Avez-vous déjà consulté un thérapeute?  oui  non Si oui, lequel? \_\_\_\_\_  
(Ex : physiothérapeute, chiropraticien, autres)

Quelles sont vos attentes face au massage? \_\_\_\_\_

**Pour les femmes** Êtes-vous enceinte?  oui  non Avez-vous une grossesse à risque?  oui  non

Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Vos menstruations sont-elles régulières?  Irrégulières?  Êtes-vous ménopausée?

Si oui, quels sont vos symptômes? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de problèmes digestifs, de diabète ou d'autres maladies? Précisez.  oui  non

Prenez-vous des médicaments?  oui  non Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'allergies? Précisez.  oui  non \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de maux de tête?  oui  non

**Avez-vous déjà subi :**

Une ou des opérations chirurgicales?  oui  non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un accident?  oui  non

Autres : \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous présentement de problèmes cardio-vasculaires?**  oui  non

Hypertension?       Basse pression?       Angine?       Migraine?

**Problèmes cardiaques?**  oui  non

Palpitations     Infarctus     AVC Si oui, quand? \_\_\_\_\_

**Problèmes de circulation sanguine?**  oui  non

Varices       Phlébite Si oui, où et quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous des orthèses?  oui  non     Verres de contact ?     Prothèses?     Autres? Précisez. \_\_\_\_\_

Comment évalueriez-vous votre alimentation?

- Excellente
- Bonne
- Passable
- À surveiller

Quels exercices faites-vous? À quelle fréquence?

---

---

---

Le client ou la cliente, par sa signature certifie que les renseignements et autres informations fournis dans le présent dossier client sont vrais et authentiques. Je certifie également que j'ai avisé, par la présente, le/la thérapeute de tout autre problème qui pourrait, de près ou loin, être contre-indiqué aux soins.

Signature du client ou de la cliente : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Sur les schémas ci-dessous, encerclez les endroits douloureux et indiquez vos points de tension.

