

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Veillez s'il vous plaît, remplir ce questionnaire. L'envoyer par courriel à l'adresse suivante reception@aplusphysio.ca ou l'imprimer et l'apporter lors de votre visite.

Toutes les informations données demeureront confidentielles.

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	Code postal :
Tél. maison :		Tél. travail :	
Cellulaire :		Courriel :	
Date de naissance :		Médecin traitant :	
No. Assurance maladie		Occupation :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Enceinte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'il s'agit d'un enfant mineur, veuillez inscrire le nom du ou de la responsable : Précisez : père, mère, etc.			
Personne à contacter en cas d'urgence : Lien : ex.: père, mère, conjoint(e), etc.		N° de téléphone :	
Vous avez été référé(e) à notre clinique par :			
Médecin :		Clinique de physiothérapie :	
Autres professionnels : Profession : _____ Nom : _____		Clubs ou équipe sportive :	
Bouche-à-oreille :		Employés ou locataires :	
Cégep de Granby : <input type="checkbox"/> INOUK <input type="checkbox"/> Profs <input type="checkbox"/> Coach <input type="checkbox"/> Élève Nom : _____		Événements :	
Clients anciens ou existants :		Publicité : <input type="checkbox"/> Pages jaunes <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Pancarte <input type="checkbox"/> Autres	
Internet : <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Site Web A+ Physio <input type="checkbox"/> La Clinique du Coureur <input type="checkbox"/> Autres			
<p>S.V.P. envoyer ce questionnaire par courriel à l'adresse suivante reception@aplusphysio.ca ou l'imprimer et l'apporter lors de votre visite.</p>			
		<p>_____</p> <p>Signature</p>	



Bromont - D101-82, boul. de Bromont - Bromont, QC - J2L 2K3 - 450-534-1661

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Veillez s'il vous plaît, remplir ce questionnaire. L'envoyer par courriel à l'adresse suivante reception@aplusphysio.ca ou l'imprimer et l'apporter lors de votre visite.

Toutes les informations données demeureront confidentielles.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Allergies :

Êtes-vous présentement suivi par les praticiens suivants :

Médecin

Chiropraticien

Ostéopathe

Massothérapeute

Indiquez toutes chirurgies ou autres conditions pour lesquelles vous avez été hospitalisé, la date approximative ainsi que le motif chirurgical ou d'hospitalisation.

DATE

CHIRURGIE / HOSPITALISATION

MOTIF

Afin de s'assurer que nous avons un bon portrait clinique de votre santé, s'il vous plaît, répondre au questionnaire suivant. Ceci nous permettra d'établir un meilleur plan de traitement.

Souffrez-vous de l'une des conditions suivantes :

Maladie cardiaque

Cancer

Phlébite

Maladie pulmonaire

Ostéoporose

Goutte

Maladie neurologique

Arthrose

Varices

Maladie intestinale

Arthrite rhumatoïde

Diabète

Maladie rénale

Autres conditions d'arthrite

Présence de métal , Pacemaker

Maladie osseuse

Problèmes de la glande thyroïde

Dépendance chimique (alcoolisme, toxicomanie)

Accident cérébro-vasculaire

VIH (sida)

Haute tension artérielle

Épilepsie

Problèmes d'estomac / circulatoire

Emphysème / bronchite

Hypoglycémie

Migraine

Sclérose en plaques

Hépatite

Allergies

Commotion cérébrale

Dépression

Autres _____

Fuites urinaires

Est-ce que votre poids est stable depuis les 6 derniers mois ? Oui Non

Indiquez toute blessure pour laquelle vous avez reçu des traitements, incluant fracture, entorse, etc.

DATE

BLESSURE

Quels médicaments SANS PRESCRIPTION parmi les suivants PRENEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS PRIS la semaine dernière ?

- Ibuprofène (Advil, Motrin) Antihistaminique Aspirine Antiacide
 Acétaminophène (Tyléol) Vitamines, supplément, minéraux Laxatif Autres _____

Inscrivez tout médicament PRESCRIT que vous prenez présentement

Activités sportives

Veillez indiquer le(s) sport(s) que vous pratiquez ainsi que la fréquence à laquelle vous le(s) pratiquez (par semaine).

Compétition : Oui Non

Objectifs de consultation en physiothérapie.

Signature du thérapeute

Date : _____

Signature du patient ou du parent

S.V.P. envoyer ce questionnaire par courriel à l'adresse suivante reception@aplusphysio.ca
ou l'imprimer et l'apporter lors de votre visite.