



Questionnaire confidentiel

Les informations que vous êtes appelé à fournir demeurent confidentielles et ne peuvent être transmises sans votre consentement.

Veillez remplir la section en gras

Prénom _____ Nom _____ Sexe : M F

Adresse: _____
 no rue ville province code postal

Date de naissance: _____ Téléphone: _____

Sports pratiqués : _____

Avez-vous déjà eu des traitements chiropratiques? Oui Non

Nom du chiropraticien : _____ date du dernier traitement _____

Raison de la consultation : _____

Est-ce une nouvelle blessure ou une récurrence (encerclez)

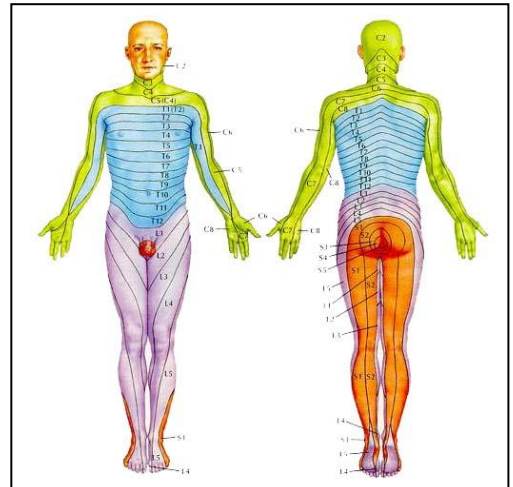
Indiquez les régions douloureuses sur ces diagrammes →

À être complété par le chiropraticien

Histoire : _____

Examens : _____

Dx : _____



- | | | |
|----|-----|----|
| | D1 | |
| | D2 | |
| C0 | D3 | L1 |
| C1 | D4 | L2 |
| C2 | D5 | L3 |
| C3 | D6 | L4 |
| C4 | D7 | L5 |
| C5 | D8 | ▽ |
| C6 | D9 | |
| C7 | D10 | |
| | D11 | |
| | D12 | |

