

svp imprimez et remplissez avant que votre première visite



Dr Jason Guben, Chiropraticien, RN, DC



Prenom _____ Nom _____

Age _____ Sexe m f

Adresse _____ Apt _____ Ville _____

Code Postale _____ Tel (res) _____

Tel (bur) _____ ext _____ Tel (cell) _____

Date de Naissance (mm/jj/aa) _____ Occupation _____

Courriel _____

Statut Civil _____ Nom de conjoint(e) _____

Qui a vous recommande a notre bureaux? _____ amie enseigne conjoint(e)
autre nom _____

Avez-vous deja consulte un Chiropraticien? Oui Non
Qui _____
Quand _____

Aves-vous un assurance qui couvre le soins chiropratique Oui Non

Medecin de Famille _____

Date de la derniere examination (mm/jj/aa) _____

2. Prenez-vous de médicaments de façon régulière? Oui Non

Si Oui, lesquels? (Coumadine, Heparin, Plavix, Aspirine, Contre le Hypertension Arterielle etc.)

3. Avez-vous déjà souffert des conditions suivantes:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| Aneurysme <input type="checkbox"/> | Osteoporose <input type="checkbox"/> | Diabète <input type="checkbox"/> |
| Cancer <input type="checkbox"/> | Migraines <input type="checkbox"/> | Mal de Tête <input type="checkbox"/> |
| Fatigue <input type="checkbox"/> | Asthme <input type="checkbox"/> | Arthrite <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis <input type="checkbox"/> | Étourdisement <input type="checkbox"/> | Perte de poids <input type="checkbox"/> |
| Hypertension <input type="checkbox"/> | Accident Cerebro-Vasculaire <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie <input type="checkbox"/> | Nervous System Disorder <input type="checkbox"/> | |
| Gout <input type="checkbox"/> | Problèmes Respiratoires <input type="checkbox"/> | |
| Insomnie <input type="checkbox"/> | Problèmes Cardiaques <input type="checkbox"/> | |
| Depression <input type="checkbox"/> | Arthrite Rhumatoïde <input type="checkbox"/> | |
| Convulsions <input type="checkbox"/> | Problèmes de Sinus <input type="checkbox"/> | |
| Picotement <input type="checkbox"/> | Picotement <input type="checkbox"/> | |

4. Avez-vous déjà subi une fracture? Oui Non

5. Avez-vous déjà été victime d'un accident d'auto?

Oui Non _____

6. Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? Oui Non

7. Fumez-vous présentement? Yes Non

8. Avez-vous déjà fumé? Yes Non

quand? _____

9. Avez-vous des allergies? Oui Non Si oui, lesquels _____

10. Avez-vous déjà pris des contraceptions orales?
Présentement / Antérieurement / Jamais

11. # De Grossesse(s) _____ # D'Enfants? _____