

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



PHYSIO OUTAOUAIS

Nom : _____

dossier : _____

S.V.P. veuillez cocher les problèmes qui s'appliquent à votre santé

	√	
Chirurgies	<input type="checkbox"/>	
Allergies	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de peau	<input type="checkbox"/>	
Métal corporel	<input type="checkbox"/>	
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	
Herpès / sida / hépatite	<input type="checkbox"/>	
Phlébite/thrombose	<input type="checkbox"/>	
Étourdissements	<input type="checkbox"/>	
Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	
Migraines	<input type="checkbox"/>	
Convulsions / Épilepsie	<input type="checkbox"/>	
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	
Haute tension artérielle	<input type="checkbox"/>	
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	
Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	

	√	
Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>	
Incontinence	<input type="checkbox"/>	
Accident automobile	<input type="checkbox"/>	
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	
Parkinson	<input type="checkbox"/>	
Acc. cérébro-vasculaire	<input type="checkbox"/>	
Goutte	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	
Fumeur	<input type="checkbox"/>	
Alcoolisme / drogue	<input type="checkbox"/>	
Chute / trauma	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	
Autre _____	<input type="checkbox"/>	
Autre _____	<input type="checkbox"/>	
FEMMES : Enceinte	<input type="checkbox"/>	
Césarienne	<input type="checkbox"/>	

Prenez-vous des médicaments? Non Oui Lesquels? _____

Êtes-vous? Droitier Gaucher Ambidextre

Quelles sont vos attentes concernant votre problème? _____