

INFORMATIONS PERSONNELLES (0-4 ANS)

JJ / MM / AA

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : F M

Adresse : _____
(Numéro) (Rue) (Ville) (Code postal)

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

Tél. rés. : _____ Tél. travail : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Contact en cas d'urgence : _____

Nom du médecin de famille / pédiatre : _____

Autorisation de transmettre au besoin
les informations médicales
(Médecin / Pharmacien / Hôpital)

Oui Non

Signature du parent / tuteur

Afin de confirmer les rendez-vous
quelle méthode préférez-vous ?

Téléphone

Courriel

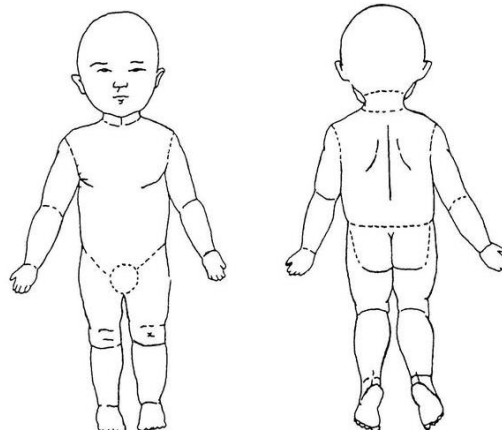
Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Internet Bouche-à-oreille

Journaux Référence professionnelle

CONDITION DE VOTRE ENFANT

Identifier la / les régions pour lesquelles vous
consultez votre chiropraticien



CLINIQUE CHIROPATIQUE IPSUM
1451 RUE DE L'ÉTNA, BUREAU 201
VAL-BÉLAIR (QUÉBEC)
418-915-6555



GROSSESSE ET NAISSANCE

Problème(s) durant la grossesse :

Naissance : À terme Prématurée Après terme
Type d'accouchement : Vaginal Césarienne Épidurale
 Provocation Siège Forceps / Ventouses

Poids à la naissance : _____ Taille à la naissance : _____ APGAR : _____

Durée du travail : _____ Durée de la poussée : _____

Difficulté(s) pendant et / ou post accouchement : _____

Nutrition de l'enfant : Allaitement Lait maternisé

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :

- | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergie(s) | <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Infections répétitives | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux de tête / cou | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Coliques | <input type="checkbox"/> Maux de dos | <input type="checkbox"/> Sinusite(s) |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Otite(s) | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Fracture(s) / Entorse(s) | <input type="checkbox"/> Roséole | _____ |

En répondant par oui ou par non, votre enfant a-t-il déjà :

	Oui	Non	Si oui, préciser :
Été hospitalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Subi une opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Été victime d'un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fait une chute sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Porté des orthèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Été traité par antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

