

INFORMATIONS PERSONNELLES (5-12 ANS)

JJ / MM / AA

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : _____

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

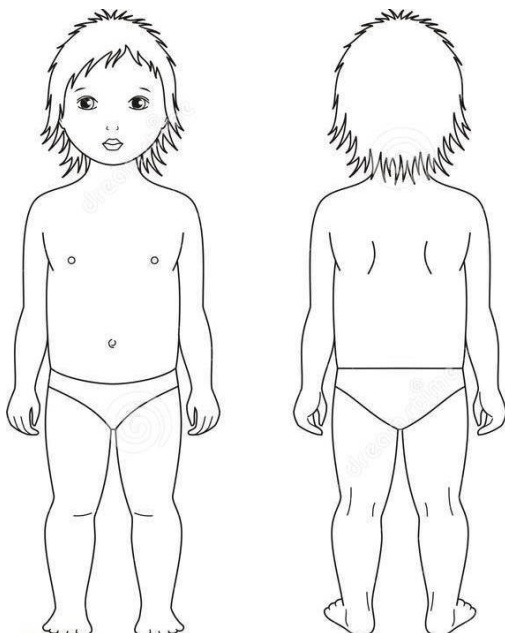
Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Internet Bouche-à-oreille
 Journaux Référence professionnelle

CONDITION DE VOTRE ENFANT

À l'aide des signes suivants, identifier la / les
régions pour lesquelles vous consultez :

XXX Douleur
000 Engourdissement



CLINIQUE CHIROPATIQUE IPSUM
1451 RUE DE L'ETNA, BUREAU 201
VAL-BÉLAIR (QUÉBEC) G3K 2S1
418-915-6555



LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT ... COMMENT SE PORTE-T-ELLE ?

Énumérer, en ordre d'importance, vos préoccupations et / ou les problèmes de santé de votre enfant :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

HISTORIQUE DE SANTÉ

Votre enfant ou un membre de votre famille proche souffre-t-il de :

Si oui, préciser :

Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies auto-immunes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie(s)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczéma	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépendance(s)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie du foie	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic de TDHA	_____

Vaccin(s) reçu(s) au cours des six derniers mois ? Oui Non

Si oui, préciser : _____



Historique de chirurgie(s) / hospitalisation(s) / accident(s) / blessure(s)

Année

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Maladie(s) connue(s) : _____

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

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anémie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anxiété |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coliques |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleurs de croissance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Énurésie (Pipi au lit) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infections à répétition |

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otite(s) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte d'appétit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manque d'énergie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles cardiaques |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles respiratoires |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intolérance(s) alimentaire(s) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles digestifs |

Autre(s) : _____

Fréquence de l'activité physique :

- 1 fois / semaine 2 fois / semaine 3 fois et + / semaine

ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

Niveau scolaire : _____

Problèmes de concentration à l'école Oui Non
Difficulté(s) scolaires(s) Oui Non

Précision(s) : _____

Clinique chiropratique Ipsum
1451 rue de L'Etna, Bureau 201
Val-Bélair (Québec) G3K 2S1
418-915-6555

