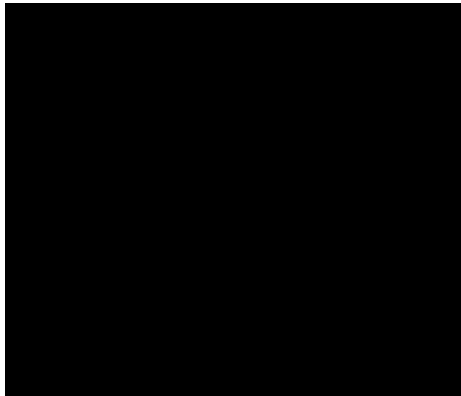


Historique de santé

Catégorie : Formulaires

Publié par [Drdesforges](#) le 9/7/2006

Nom: Prénom: **SYMPTÔMES SUBJECTIFS** Problèmes (douleurs ou symptômes)
principaux ? Depuis quand ? Chute Oui Non Date (J/M/A) Expliquez la chute: Accident Oui Non
Date (J/M/A) Expliquez l'accident: Mes douleurs me gêne dans les activités suivantes: Travail
Sommeil Marcher S'asseoir Debout Auto Sports Pencher Tourner la tête:
Droite Gauche Autre Je ressens mes symptômes: Constant Intermittent
Variable Mes symptômes sont aggravés: Avec mouvement Sans mouvement Mes symptômes sont
ressentis comme: Point Douleur diffuse Douleur irradiante Lourdeur Engourdissement Perte de
mobilité Perte de force Perte de sensation Encercler les endroits ou vous ressentez des douleurs
ou symptômes sur le modèle suivant: Vous pourrez encercler seulement après avoir imprimé ce
document.



Souffrez-vous de:

OUI NON OUI NON

Allergies Étourdissements

Anxiété Perte d'équilibre

Asthme

Otites

Bronchite

Énurésie (pipi au lit)

Colite

Nausée

Constipation

Vision embrouillée

Douleurs menstruelles

Perte de mémoire

Brûlement d'estomac

Perte de concentration

Zona

Dépression

Hypertension

Acouphène

Hypotension

Insomnie

Nervosité

Maladie cardio-vasculaire

Neurose

Diabète

Palpitation

Migraine

Paralysie faciale

Fatigue chronique

Névrалgie faciale

Coliques

Sinusites

Fibromyalgie

Autres problèmes de santé:

OUI NON

Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ? Qui?

Avez-vous eu une chirurgie dans les 6 derniers mois ? Quand?

Prenez-vous des médicaments ? Pourquoi?

Avez-vous eu des radiographies (dents, poumons, etc.) dans les 6 derniers mois ? Quand?

Pourquoi?

Êtes-vous enceinte ? Depuis quand?