



Questionnaire santé

Massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie

mon
réseau+

Association professionnelle des
massothérapeutes spécialisés
du Québec

Coordonnées personnelles

Madame Monsieur

JJ / MM / AAAA

Prénom

Nom

Date de naissance

Adresse

Ville

Province

Code postal

()

()

()

Téléphone résidence

Bureau

Cellulaire

Courriel

Occupation

Questionnaire

Date de la première rencontre : JJ / MM / AAAA Assurance : Oui Non

Raison de la consultation :

1. Avez-vous consulté un médecin à ce sujet? Oui Non Quel diagnostic avez-vous eu? _____
2. Avez-vous déjà consulté un thérapeute? Oui Non Si oui, lequel? _____
masso, kiné, ortho, ostéo, physio, chiro, autres
3. Quelles sont vos attentes face au soin? _____
4. Êtes-vous enceinte? Oui Non Date prévue d'accouchement : JJ / MM / AAAA
JJ / MM / AAAA
Votre grossesse est-elle à risque? Oui Non Si oui, quels sont les risques? _____
5. Vos menstruations sont-elles régulières irrégulières? Êtes-vous en ménopause? Si oui, quels en sont les symptômes _____
6. Souffrez-vous de problèmes digestifs diabète hypoglycémie ou autres? _____
7. Prenez-vous des médicaments? _____
8. Avez-vous déjà subi des opérations, fractures? _____
9. Avez-vous déjà eu un accident? _____



Questionnaire santé

Massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie

mon
réseau+

Association professionnelle des
massothérapeutes spécialisés
du Québec

Questionnaire (suite)

10. Avez-vous des problèmes cardiaques ou circulatoires?

hypertension hypotension palpitations infarctus angine AVC Si oui, quand? _____

varices phlébites Si oui, où et quand? _____

athérosclérose artériosclérose hémophilie

11. Avez-vous des problèmes respiratoires?

asthme emphysème autres _____

allergies _____

12. Avez-vous des migraines maux tête réguliers? _____

13. Souffrez-vous de fatigue insomnie stress autres? _____

14. Avez-vous un cancer? Si oui, quel est-il? _____

15. Portez-vous des orthèses verres de contact prothèses autres?

16. Avez-vous une alimentation saine et équilibrée? très moyennement pas du tout

17. Quelles sont vos activités sportives, de loisirs? _____

Le présent questionnaire santé a pour objectif de tenter de dresser un portrait fidèle relativement à votre condition médicale actuelle. Ce questionnaire permettra, si tel est le cas, que votre traitement soit en concordance avec votre condition médicale. Bien que celui-ci ne soit qu'à titre consultatif, omettre de déclarer une condition médicale pourrait compromettre votre traitement. En ce cas, la responsabilité professionnelle du commettant ne pourrait évidemment être engagée. Dans ce contexte, il serait utile que vous complétiez avec soin le présent questionnaire.

Signature du client(e) _____ Date : _____



Questionnaire santé

Massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie

mon
réseau+

Association professionnelle des
massothérapeutes spécialisés
du Québec

Suivi du client

Date : / /
JJ / MM / AAAA

Résumé : _____

Traitement : _____

Date : / /
JJ / MM / AAAA

Résumé : _____

Traitement : _____

Date : / /
JJ / MM / AAAA

Résumé : _____

Traitement : _____

