

Questionnaire sur les antécédents médicaux – Adulte

Merci de compléter et d'apporter lors du rendez-vous

Nom, prénom: _____ Date de naissance: _____

Opérations et dates: _____

Maladies principales: _____

Accidents et blessures: _____

Médicaments: _____

Sport - lequel et à quelle fréquence: _____

Thérapies antérieures: _____

Décrivez en détail vos symptômes et depuis quand ils durent (Merci également de positionner ces douleurs sur le croquis joint):

Cochez, le cas échéant, ce qui améliore ou aggrave vos symptômes :

	mieux	pire		mieux	pire
Froid			Etre assis		
Mouvement			Marche		
Repos			Bruit		
S'allonger			après le réveil		
Chaleur			Se tenir debout		
			avant de s'en-dormir		

Date: _____ Signature: _____

