



Integral Health Clinic

445 Cumberland Street, Suite 200, Ottawa, Ontario, Canada, K1N 7J6

Tel: (613)241-0005 Fax: (613)241-0800 Toll free: 1-800-371-6720

www.naturopathy4u.com

Date : _____

Tél. (résidence) : _____

(bureau) : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____
(m) (j) (a)

Âge: _____

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique et qui vous a référé?

Nom de votre médecin de famille : _____

Nom de votre chiropraticien : _____

Motif de votre consultation? _____

Si c'est une maladie chronique, depuis combien de temps votre enfant en est affecté?

Qui a diagnostiqué la maladie? _____

Quel spécialiste avez-vous consulté? _____

Comment cette maladie a-t-elle été traitée jusqu'à présent? _____

Votre enfant est malade depuis combien de temps? _____



Integral Health Clinic

445 Cumberland Street, Suite 200, Ottawa, Ontario, Canada, K1N 7J6
Tel: (613)241-0005 Fax: (613)241-0800 Toll free: 1-800-371-6720
www.naturopathy4u.com

Énumérez d'autres améliorations souhaitables à l'état de santé actuel de votre enfant?
(indiquez depuis combien temps ces conditions existent) Énumérez d'autres améliorations
souhaitables à votre état de santé actuel?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire. Il va beaucoup nous aider dans l'étude du cas de votre enfant. Il sera aussi un atout majeur nous permettant de trouver la direction appropriée afin que votre enfant puisse jouir d'une meilleure santé.