



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

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir ce questionnaire. Il va beaucoup nous aider dans l'étude de votre cas. Il sera aussi un atout majeur nous permettant de trouver la direction appropriée afin que vous puissiez jouir d'une meilleure santé. Ce document est confidentiel.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: _____	Âge: _____	Date de naissance: _____ / _____ / _____
		(m) (j) (a)
Adresse: _____		
	Rue	Ville Code postal
Tél. (bureau): _____	Tél. (maison): _____	
Occupation: _____	Courriel: _____	
État civil: C M D V Sép.	Nom du conjoint: _____	
Personnes à charge: _____		
Comment avez-vous entendu parler de notre clinique?: _____		

PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

Poids actuel: _____ Poids normal: _____ Dernière fois que vous aviez ce poids: _____

Qu'est ce qui vous inquiète le plus à propos de votre santé? _____

Si c'est une maladie chronique, depuis combien de temps en souffrez-vous? _____

Qui en a fait le diagnostique? _____ Quand? _____

TRAITEMENTS ACTUELS OU RÉGIMES

Nom de votre médecin de famille: _____

Quel(s) spécialiste(s) avez-vous rencontré(s)? _____



TRAITEMENT OU RÉGIME	DOCTEUR OU THÉRAPEUTE	DERNIÈRE VISITE

Quels autres problèmes de santé aimeriez-vous améliorer? (Indiquez depuis combien de temps ces conditions existent.)

1. _____
2. _____
3. _____

À quand remonte la dernière fois que vous avez éprouvé un bien-être total? _____

ANTÉCÉDENTS
(Cochez tout ce qui s'applique à vous)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Calcul biliaire | <input type="checkbox"/> Maladie des intestins |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Pleurésie | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Gonorrhée |
| <input type="checkbox"/> Croup | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Chlamydia |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Goutte | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Herpes génital | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Mononucléose | <input type="checkbox"/> Rhume des foins | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Infection d'oreille | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Candida |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Sinusite (chronique) | <input type="checkbox"/> Ganglions enflés | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Zona |
| <input type="checkbox"/> Calcul rénal | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Diphtérie |

Autres (spécifiez s.v.p.): _____

Pour les conditions sévères, spécifiez l'âge, la sévérité et la durée.



Décrivez votre état de santé général lorsque vous étiez enfant:

Décrivez votre état de santé général lorsque vous étiez adolescent(e):

CHIRURGIES

OPÉRATION	QUAND	COMPLICATIONS

ACCIDENTS

Indiquez s.v.p. la sévérité des blessures, la date et les traitement requis.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Indiquez s.v.p. l'âge de tous vos parents vivants et l'âge atteint par vos parents décédés
(V - vivant; D - décédé)

MEMBRES DE LA FAMILLE	ÂGE	MALADIES
Mère		
Père		
Frères		
Soeurs		
Enfants		



MEMBRES DE LA FAMILLE	ÂGE	MALADIES
Grand-mère maternelle		
Grand-père maternel		
Tantes/Oncles maternel(le)s		
Grand-mère paternelle		
Grand-père paternel		
Tantes/Oncles paternel(le)s		

INFORMATIONS ADDITIONNELLES (FEMMES)

Âge de vos premières menstruations: _____ Âge de vos dernières menstruations: _____

Êtes-vous régulière ou irrégulière? _____

Cochez tout ce qui est applicable

- Ménopause Ligature des trompes Stérilet
 Douleurs pré-menstruelles Pilulles contraceptives Caillots de sang
 Douleurs post-menstruelles Seins sensibles
 Leucorrhées ou pertes - consistance, couleur, and odeur: _____

Éprouvez-vous des symptômes pré-menstruels? _____

Si oui, lesquels? _____

Avez-vous déjà souffert de mastite sclérokystique? _____

Avez-vous eu des fibromyomes utérins? _____

Avez-vous des infections vaginales à répétition? Jamais Rarement Fréquemment

Avez-vous des infections de la vessie (cystite) à répétition Jamais Rarement Fréquemment

d'enfants _____ # de grossesses _____ Fausses couches _____ Avortements _____

Y a-t-il eu des complications associées avec les événements mentionnés ci-dessus? _____

INFORMATIONS ADDITIONNELLES (HOMMES)

Avez-vous actuellement ou avez-vous eu des problèmes de... **(cochez ce qui est applicable)**

_____ vessie _____ prostate _____ fonction sexuelle



MÉDICAMENTS

Faite la liste de tous les médicaments que vous prenez actuellement.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSAGE	FRÉQUENCE	COMBIEN DE TEMPS

Quels sont les médicaments qui vous ont été prescrits et avec lesquels vous avez eu des réactions. Indiquez le nom du médicament et la réaction que vous avez eue.

Combien de fois avez-vous pris des antibiotiques durant les dix dernières années? _____

Avez-vous déjà eu des mauvaises réactions aux antibiotiques? _____

Nommez les médicaments sans prescription que vous prenez (ex. Tylenol, Tums, médicaments contre les rhumes et les gripes). Indiquez si vous les prenez rarement (**R**), occasionnellement (**O**), fréquemment (**F**) ou chaque jour (**J**).

Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé de la drogue? _____

Si oui, indiquez le genre de drogue et la fréquence d'utilisation.

Avez-vous déjà eu une réaction sévère suite à une vaccination? _____

Si oui, expliquez quel vaccin, quand il a été administré et quel genre de réaction.



STYLE DE VIE

Combien de tasses/verres buvez vous chaque jour en moyenne des boissons suivantes :

_____ Café _____ Thé _____ Eau _____ Lait
_____ Jus de fruits _____ Liqueurs douces _____ Alcool _____ Tisane
_____ Jus de légumes

Indiquez les suppléments alimentaires que vous prenez actuellement. Indiquez la dose totale prise par jour (p. ex. si vous prenez deux tablettes de vitamines C de 500mg/jour, le total pour une journée est de 1000 mg/jour).

Fumez-vous? _____ Si oui, depuis combien de temps? _____ Combien de cigarettes/jour? _____
Avez-vous déjà fumé et si oui pendant combien de temps? _____

Est-ce que quelqu'un fume chez vous ou sur votre lieu de travail? _____

Avec quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées? _____

Combien d'heures de sommeil avez-vous en moyenne? _____

Que faites-vous comme exercices physiques? (indiquez le genre d'exercices, la fréquence et la durée)

À quand remontent vos dernières vacances? _____

Que faites-vous comme passe-temps et/ou comme relaxation? _____

Quel est votre degré de stress personnel actuellement? **(cochez un des choix suivants)**

Minimal 1 2 3 4 5 Moyen 6 7 8 9 10 Insupportable

Quel est votre niveau de stress au travail actuellement? **(cochez un des choix suivants)**

Minimal 1 2 3 4 5 Moyen 6 7 8 9 10 Insupportable

Le facteur principal de stress est: **(cochez tout ce qui est applicable)**

_____ Financier _____ Relié au travail _____ Interpersonnel
_____ Mariage _____ Santé _____ Espoirs déçus
_____ Spirituel _____ Famille

Êtes-vous engagé dans une discipline spirituelle ou êtes-vous membre d'une église ou d'un groupe religieux? _____ Êtes-vous un participant actif? _____

