



# 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 maison

Bureau

Cellulaire

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  
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 prothèse 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_