QUESTIONNAIRE MEDICAL
Pour la 1ère Consultation

Date :

NOM : **Prénom** :

Age : **Date de Naissance** :

Médecin traitant : **Ville** :

Dentiste traitant : **Ville** :

Antécédents médicaux :

- Maladie(s) :
- Médicaments pris régulièrement :
- Chutes ou traumatisme(s) visage - crâne :
  - Point d'impact :
  - Quand :
  - Hospitalisation : oui / non
- Problèmes de dos, de posture : scoliose - semelles - autres
- Allergies – Asthme : oui / non
  Type d'allergie :
- Respiration buccale, nasale : nez / bouche / les 2

Naissance :

- Accouchement avec forceps ou spatule ? oui / non
- Mise en place de manipulations ostéopathiques suite à l'accouchement ? oui / non

Suivi ostéopathique régulier : oui / non

Si oui pourquoi ?
Fréquence ?

NOM et SIGNATURE de la Personne ayant rempli le questionnaire pour les mineurs :

Nom : **Signature :**

Merci d'imprimer le questionnaire, de le remplir et de l'amener à la première consultation.