

Questionnaire santé

Massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie



Réseau des
massothérapeutes
professionnels
du Québec

Coordonnées personnelles

Prénom et nom : _____ # de client : _____

Date de naissance : _____ Genre : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre, préciser : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Courriel : _____

Adresse : Numéro d'app. ou de local (s'il y a lieu), numéro civique, rue, ville, province et code postal

Nom complet pour contact d'urgence : _____

Téléphone pour contact d'urgence : _____

Informations générales

1) Avez-vous déjà reçu un soin ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel? _____ Masso, kiné, ortho, ostéo, physio, chiro, autre

2) Avez-vous été recommandé par quelqu'un ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser? _____ Ami, famille, médecin, physio, autre

3) Avez-vous besoin d'un reçu pour fin d'assurance ? ☐ Oui ☐ Non _____ Massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie

4) Quelle est votre occupation professionnelle ? _____

5) Quelles sont vos activités ? (loisirs, sports, etc.) _____

6) Portez-vous des appareils particuliers ? ☐ Orthèse ☐ Prothèse ☐ Autres : _____

7) Informations complémentaires :

Le présent questionnaire santé a pour objectif d'obtenir de l'information sur votre état de santé afin d'adapter les soins à votre situation. Bien que ce questionnaire ne soit qu'à titre consultatif, omettre de déclarer une information pourrait avoir un impact sur votre suivi.

Signature du client : _____ Date : _____

Section réservée au thérapeute

- ☐ Je confirme que mon client a accepté ma politique de protection des renseignements personnels.
- ☐ Je confirme avoir obtenu le [consentement parental](#) obligatoire pour les personnes de moins de 14 ans.

Questionnaire santé

Massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie



Réseau des
massothérapeutes
professionnels
du Québec

Maladies et conditions



☐ Respiratoire :



☐ Problème cutané :



☐ Cardiovasculaire :



☐ Digestif :



☐ Hormonal :



☐ Céphalique :



☐ Maladie infectieuse :



☐ Santé mentale :



☐ Cancer :



☐ Musculo-squelettique :



☐ Grossesse :



☐ Radiographie/IRM/Scanner :



☐ Allergie :



☐ Chirurgie :



☐ Fracture/Entorse/Luxation :



☐ Accident :



☐ Médicament :



☐ Hémophilie :



☐ Épilepsie :



☐ Autres :

Résumé maladies et conditions :



Suivi thérapeutique

RAISON DE LA CONSULTATION

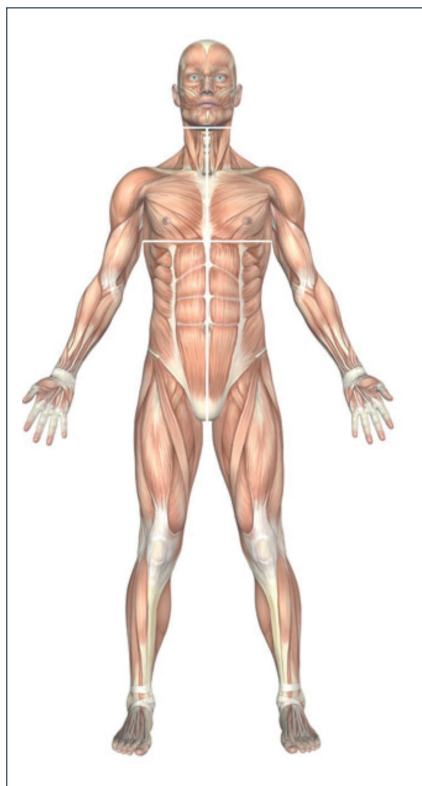
Date : _____

Raison : _____

Historique de douleur :

Avez-vous reçu un diagnostic ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel? _____

DESSINER UN POINTEUR DEVANT



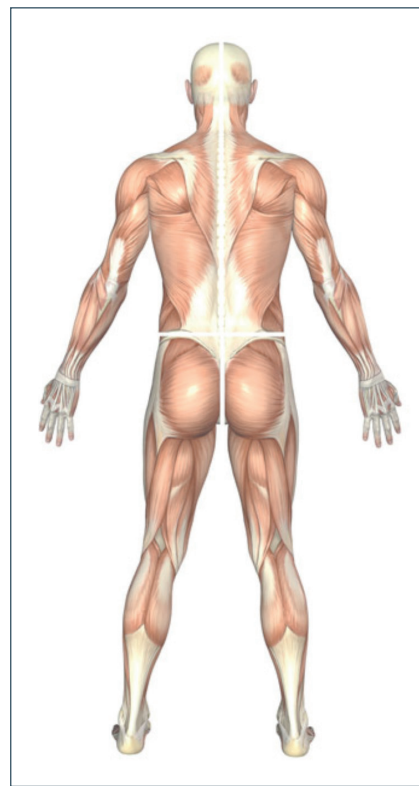
Muscles :

Tension ____ /10

Douleur ____ /10

Notes :

DESSINER UN POINTEUR DERRIÈRE



Observation visuelle du client :



Suivi thérapeutique

Évaluations de massothérapie

Date de consultation : _____

Durée du soin : _____

Évaluation :

☐ Positif ☐ Négatif

Notes :

Notes de soins

Nature des soins appliqués :

(Précisez le type de soin, les techniques utilisées, les mobilisations et manœuvres, ainsi que les muscles ou parties du corps ciblés.)

Recommandations d'exercices et conseils :