

# PHYSIOTHERAPY MEDICAL QUESTIONNAIRE



Name: \_\_\_\_\_  
 Date of birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Telephone number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_  
 Sports/Activities/Leisure: \_\_\_\_\_

Family Doctor: \_\_\_\_\_ Date of last Visit : \_\_\_\_\_  
 Referred by: \_\_\_\_\_

Reason of Consult: \_\_\_\_\_  
 Have you had previous physiotherapy treatment, specify: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_  
 Allergies: \_\_\_\_\_

Emergency contact information: Name: \_\_\_\_\_ Telephone number: \_\_\_\_\_

Medical History	Yes	No	Specify	Year
Accidents/Surgeries/Fractures				
Previous Injuries				
Arthritis/ Osteoporosis				
Cancer				
Diabetes				
Cardiac disorders				
Circulatory problems				
Seizures/Epilepsy				
Respiratory disorders				
Psychological disorders				
Neurological disorders				
Liver disorder				
Digestive disorders				
Renal disorders/Urinary Incontinence				
Metal implants				
Pregnant/Pregnancies				
Smoker				
Other:				

I \_\_\_\_\_ consent to the physiotherapy evaluation and treatment.

**Cancellation policy:** A 24hr cancellation policy is required; otherwise a 50% charge will be applied.  
 We thank you for your cooperation. \_\_\_\_\_ (initials)

I consent to email confirmation for upcoming appointments. \_\_\_\_\_ (initials)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL -- PHYSIOTHÉRAPIE



Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_

Sports/activités /loisirs: \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Date du dernier rendez-vous : \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_

Raison de la consultation : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu des traitements en physiothérapie? Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Contact d'urgence : Nom : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux	Oui	Non	Spécifier	Année
Accidents/chirurgies/fractures				
Blessures antérieures				
Arthrite/ostéoporose				
Cancer				
Diabète				
Problèmes cardiaques				
Problèmes circulatoires				
Épilepsie				
Problèmes respiratoires				
Troubles psychologiques				
Problèmes neurologiques				
Maladie du foie				
Troubles digestifs				
Incontinence urinaire				
Implants métalliques				
Grossesses/enceinte				
Fumeur				
Autres				

Je \_\_\_\_\_ consens à l'évaluation et au traitement en physiothérapie recommandés par mon professionnel de la santé.

**Politique d'annulation** : Vous devez nous prévenir 24 heures d'avance pour toute demande d'annulation de rendez-vous. En cas d'abstention, des frais de 50 % du montant du traitement seront portés à votre compte. \_\_\_\_\_ (initiales) Nous vous remercions de votre compréhension.

Je consens à ce que vous me confirmiez mes rendez-vous par courriel. \_\_\_\_\_ (initiales)

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_