

SUE RAVEN PHYSIOTHERAPY CLINIC CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE SUE RAVEN

NAME / Nom : _____	DATE OF BIRTH / Date de naissance: _____
ADDRESS / Adresse : _____ _____ - _____	TELEPHONE / Téléphone : Home / Maison : _____ Work / Travail : _____ E-mail / Courriel: _____
DIAGNOSIS / Diagnostic: _____	PHYSICIAN / Médecin: _____

How did you hear about the clinic?
Comment avez-vous entendu parler de la clinique ?

Would you like us to send a summary to your physician?
Désirez-vous l'envoi d'un résumé à votre médecin ? Yes/Oui No/Non

PLEASE COMPLETE QUESTIONNAIRE – S'il vous plaît compléter le questionnaire.

1	How long have you had the complaint for which you have been referred? _____ Depuis quand souffrez-vous du trouble physique pour lequel vous avez été référé ?
2	Have you seen or are you seeing another health care practitioner for this complaint? <i>(i.e. doctor, another physiotherapist, chiropractor, massage therapist, etc.)</i> Avez-vous consulté ou êtes-vous traité par un autre professionnel de la santé pour cette condition ? <i>(ex.: médecin, un autre physiothérapeute, chiropraticien, massothérapeute, etc)</i> _____
3	Have you been treated here before? Avez-vous déjà été traité ici ? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non If yes, was it for this problem? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non Si oui, est-ce que c'était pour le même problème ? If not, indicate the previous problem. Si non, indiquez le problème précédent. _____
4	Please indicate if you have had or been treated for any of the following? SVP indiquer si vous avez déjà souffert ou avez été traité pour l'un des problèmes suivants ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Heart Disorder / Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Cancer / Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabète <input type="checkbox"/> Lung Disorder / Affection des poumons <input type="checkbox"/> Arthritis / Arthrite <input type="checkbox"/> Skin Condition / Affection cutanée

5	<p>List any medications or other products that you are taking or using at the present time. Dressez la liste des médicaments ou produits que vous utilisez présentement.</p> <hr/> <hr/>
6	<p>Do you have any other medical complaints not listed? Souffrez-vous d'autres troubles médicaux non énumérés précédemment ?</p> <hr/>
7	<p>Do you have any metal or plastic implants in your body? <i>(i.e. hip replacement, fracture screws or plates, pacemaker, etc.)</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p> <p>Avez-vous un implant en métal ou en plastique ? <i>(ex.: prothèse de la hanche, vis ou plaques pour fractures, stimulateur cardiaque, etc)</i></p>
8	<p>Have you had any surgery? Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?</p> <hr/>
9	<p><u>Women</u> – Are you pregnant or suspect you may be? <u>Femmes</u> – Êtes-vous enceinte ou pensez l'être ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p>
10	<p>Is this a work-related injury (WCB/WSIB)? Est-ce que votre blessure est un résultat d'un accident de travail ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p>
11	<p>Is this a medical-legal claim (not related to WSIB)? S'agit-il d'une demande d'indemnité médico-légale ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p>
12	<p>Are you presently working? Travaillez-vous présentement ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</p>
13	<p><u>Students / Étudiants</u></p> <p><input type="checkbox"/> I <u>do</u> consent to physiotherapy students assisting with my treatment. Je <u>permets</u> aux étudiants en physiothérapie de participer lors de mes soins.</p> <p><input type="checkbox"/> I <u>do not</u> consent to physiotherapy students assisting with my treatment. Je <u>ne permets pas</u> aux étudiants en physiothérapie de participer lors de mes soins.</p>

PLEASE NOTE – IF YOU ARE UNABLE TO ATTEND AN APPOINTMENT, PLEASE GIVE US 24 HOURS NOTICE TO AVOID A CHARGE OF \$20.00. OUR TELEPHONE ANSWERING SYSTEM IS AVAILABLE AT ALL TIMES.

PRENEZ NOTE – SI VOUS DEVEZ ANNULER UN RENDEZ-VOUS, VEUILLEZ NOUS AVERTIR 24 HEURES À L'AVANCE AFIN D'ÉVITER DES FRAIS DE 20 \$. NOTRE BOÎTE VOCALE EST DISPONIBLE EN TOUT TEMPS POUR PRENDRE DES MESSAGES.

SIGNATURE

DATE