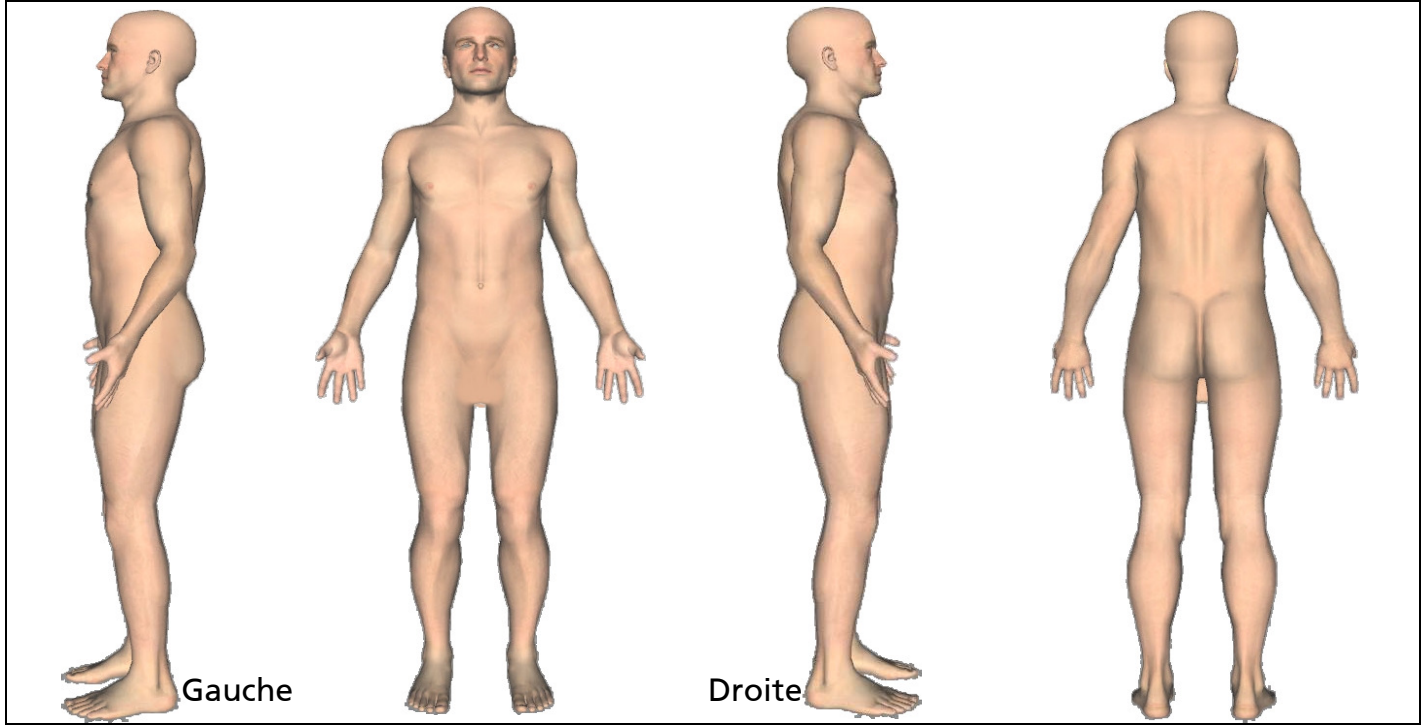


## Raisons de consultation

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Veillez marquer sur le corps humain ci-bas, les endroits où vous ressentez des symptômes, des malaises, des inconforts, etc.



Veillez énumérer les symptômes, inconforts, malaises en ordre d'importance, le plus important en premier. Vous n'avez pas besoin de décrire ces symptômes en détail, nous le ferons plus tard.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage du  
docteur

- Tête
- Cou
- Dos
- Bras/Jambes

Autres \_\_\_\_ X