

Bilan d'Ostéopathie

NOM / Prénoms/ Profession/ Date de naissance:

DATE : .../.../20...

Adressée par :

N° de téléphone :

Médecin traitant : Dr

Courrier Médical : Oui / Non

- Motif de consultation / Pourquoi est-ce que je consulte ? :

Douleur : (**0** : pas de douleur, **10** douleur maximale imaginable)

- Echelle numérique orale de la douleur :

- Spontanée et/ ou en permanence **.. / 10**, au niveau de :
- La plus importante dans la journée ou la nuit **.. / 10**, au niveau de :

- Quand :
- Depuis quand et que s'est il passé dans cette période là:
- Comment et trajet :
- Exagérée par :
- Calmée par :

- Santé sur le plan général :

- Antécédents traumatiques physiques et psychiques, médicaux, familiaux :

- Objectifs (Diagnostic ostéopathique) :