

BILAN DE SANTÉ

MASSOTHÉRAPIE

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Profession : _____ Téléphone : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Courriel : _____
 Jour / Mois / Année Référé par : _____

Êtes-vous ou pensez-vous être **enceinte** ? Oui / Non
Si oui, depuis combien de temps ? _____

Avez-vous des problèmes de **circulation sanguine** ? Oui / Non
(Haute ou basse pression, varices, problème cardiaque ...)

Avez-vous des **problèmes digestifs** ? Oui / Non
(Constipation, diarrhée, reflux, ulcère...)

Avez-vous des **problèmes articulaires** ? Oui / Non

Prenez-vous de la **médicamentation prescrite** ? Oui / Non
Si oui, Lesquels ? _____

Avez-vous eu un **accident dans les 5 dernières années** ? Oui / Non
À quel endroit ? _____
Fracture ? _____

Avez-vous subi une **chirurgie au cours des 5 dernières années** ? Oui / Non
À quel endroit ? _____

Avez-vous des **problèmes de peau** ? Oui / Non
(Eczéma, acné, verrues, plaies...)

Avez-vous des **problèmes hormonaux** ? Oui / Non
(Diabète, glycémie, thyroïde, ménopause...)

Avez-vous eu un **cancer** ? Oui / Non

Avez-vous des **problèmes neurologiques** ? Oui / Non
(Angoisse, sclérose en plaque, engourdissements...)

Autres ? _____

Douleurs musculaires ? Oui / Non
Si oui : Où ? _____
Cause ? _____
Symptômes ? _____
Depuis combien de temps ? _____

Souhaitez-vous avoir un **reçu d'assurances** ? Oui / Non

Signature : _____

Date : _____