BILAN DE SANTÉ

MASSOTHÉRAPIE

Nom : _____
Prénom : _____
Profession : _____
Date de naissance : ___ / ___ / ___
Jour Mois Année

Adresse : _____
Ville : _____ **Code postal :** _____
Téléphone : _____
Courriel : _____
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 : _____