

Questionnaire d'accueil et de santé

Les informations recueillies sont strictement confidentielles et sont utilisées dans le but d'établir le protocole de massage le plus adapté à vos besoins et à vos attentes.

Veillez répondre le plus honnêtement possible à ce questionnaire que vous pouvez imprimer ou via le lien google form

<https://forms.gle/aCrimqjazNXZBr3V6>

Dans le cadre d'un suivi, veuillez indiquer tout changement éventuel lors d'une prochaine visite.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

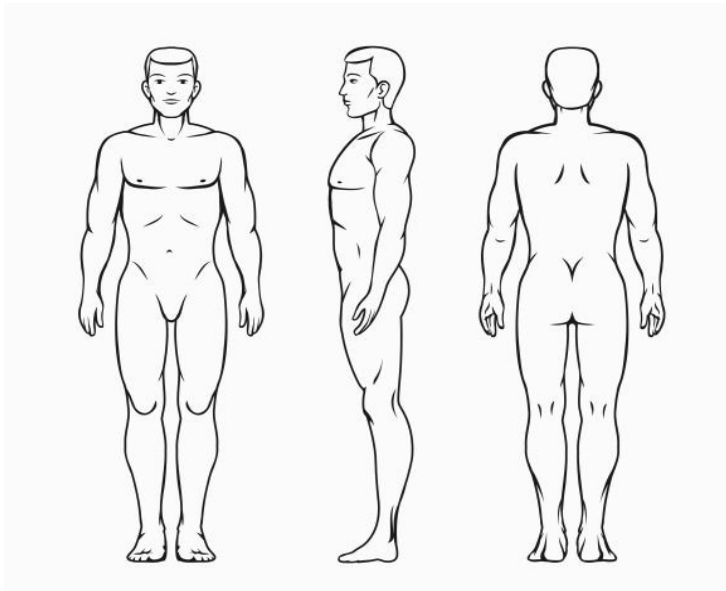
Tel / Mail :

Profession :

Sport :

Quelles sont les motivations de votre massage :

- découverte
- le plaisir / se détendre
- équilibrer mes énergies
- être bien dans mon corps
- un problème de circulation
- un problème de sommeil
- un problème de stress
- Burn - out
- un trouble émotionnel
- des tensions musculaires
- un modelage
- autre :



Sur le schéma ci-dessus, veuillez :

- Entourer les zones où vous avez des tensions
- Indiquez d'une flèche les zones appréciées

Suivez-vous un traitement ?

- Aucun
 - médical
 - médicamenteux
- Précisez ?

Etes-vous enceinte ?

- Oui Non

Avez-vous des problèmes ?

- Allergie
 - Cardiaque
 - Inflammatoire
 - Circulation
 - Digestive
 - Tension
 - Blessure récente
 - Intervention chirurgicale
 - Fragilité osseuse
 - Autre
- Précisez :

Avez-vous des douleurs ?

- aucune
- constante
- soudaine
- périodique
- progressive

Intensité de douleurs :

1 2 3 4 5 6

Précisez l'endroit de la douleur :