

Questionnaire avant la 1ère séance de votre soin

Date du questionnaire :

Nom, Prénom du (de la) patient(e) : Né(e) le :
..... Sexe : F M

Rue : Code postal : Ville.....

Tél portable :

Email : Profession :

Situation familiale : Marié(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve) / Célibataire / Concubinage (Rayer les mentions inutiles)

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Quel est le motif principal de votre consultation aujourd'hui ?

Depuis quand souffrez-vous de ce/ces problème(s) ?

Avez-vous déjà eu recours à la réflexologie ou à d'autres thérapies alternatives auparavant ?

Si oui, laquelle et avec quel résultat ?

Avez-vous des antécédents médicaux ou des conditions de santé que je devrais connaître ?

- Avez-vous des problèmes de circulation sanguine ou lymphatique ?

En cas de troubles graves de la circulation veineuse, le soin en réflexologie plantaire ne peut vous être administré.

Maladies cardio-vasculaires

Maladies sanguines

autres (à préciser)

Avez-vous des douleurs chroniques ou des zones de tension dans votre corps ?

Rhumatisme / polyarthrite

Douleurs de dos et/ou cervicales : C1 à C7 / T1 à T12 / L1 à L5 / Sacrum / Coccyx (Rayer les mentions inutiles)

- Avez-vous des antécédents de traumatismes émotionnels ?

En cas de fracture récentes d'un ou des membres inférieurs, le soin en réflexologie plantaire ne peut vous être administré .

Phobies Anxiété Angoisses

Malaises vagues

- Décrivez votre niveau de stress quotidien sur une **échelle de 0 à 10** ?

- les situations qui déclenchent ce stress ?

- Comment évaluez-vous votre niveau d'énergie et de vitalité au quotidien sur une **échelle de 0 à 10** ?

- Comment est votre qualité de sommeil ? Avez-vous des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ? : qualité, quantité, difficultés éventuelles, réveils nocturnes...

- Avez-vous des problèmes de digestion ou des troubles gastro-intestinaux ?

- Soucis digestifs (Estomac, foie, vésicule biliaire) Constipation / diarrhées (**raier la mention inutile**)
 Maladies gastro-intestinales Hépatite Sensation de bouche sèche Diabète

- Avez-vous des troubles du système nerveux, tels que des migraines/maux de tête ou des troubles neurologiques ?

Préciser

- Avez-vous des antécédents de blessures physiques ou de chirurgie dans les parties du corps que nous allons traiter aujourd'hui ?

- Handicaps physiques ou psychiques Prothèses Broches/plaques (suite de fracture)
 Entorses, foulures

Avez-vous des troubles du système hormonal ou gynécologiques...?

- Maladies auto-immune
 Thyroïde
 Douleurs de règles
 Cystite

- Avez-vous des troubles respiratoires ou des allergies saisonnières ?

- Allergies (asthme / rhume des foins / médicamenteuses)
 Maladies du système respiratoire
 Sinusite
 Otite
 Autres (à préciser)

- Quelles sont vos activités quotidiennes et professionnelles ? Passez-vous beaucoup de temps debout, assis, ou à effectuer des tâches répétitives ?

- Êtes-vous fumeur/fumeuse Oui Non – Si oui depuis : plus de 5 ans moins de 5 ans

- Combien de cigarettes/jour 5 – 10 – 15 – Plus de 15 (**Rayer les mentions inutiles**)

- Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Non Oui Si oui, lesquels ?

- Etes-vous enceinte ? ou avez-vous récemment accouché ? Non Oui

*Savez-vous qu'en cas de grossesse **de plus de trois mois**, le soin en réflexologie plantaire peut-être administrée en évitant les zones des ovaires, utérus, trompes de Fallope*

- Quels sont vos objectifs pour cette séance de réflexologie /shiatsu détente / EFT / Thérapie Dorn ou autre?

- Avez-vous des questions ou des préoccupations concernant la réflexologie /shiatsu détente / EFT / Thérapie Dorn , Thérapie Knap.. ?

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec moi avant de commencer la séance de réflexologie /shiatsu détente / EFT / Thérapie Dorn , Thérapie Knap.. ? ?