

*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 : ..... T

Tél portable : ..... Email : ..... Profession : .....

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

Avez-vous des enfants ?  Oui  Non

Si oui combien d'enfants avez-vous ?

**Qu'est-ce qui a retenu votre attention sur moi ?**

Famille / Amis / Connaissance

Internet  Google Business

Autre, veuillez préciser s.v.p. : .....

Souffrez-vous d'une des maladies suivantes ?  Non  Oui Si oui, laquelle ? .....

Maladies cardio-vasculaires

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

Rhumatisme / polyarthrite

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

Maladies rénales

Diabète

Maladies infectieuses

Refroidissements / grippe

Épilepsie

Maladies sanguines

Hépatite

Maladies gastro-intestinales

Maladies du système respiratoire

Allergies (asthme / rhume des foins / médicamenteuses) Lesquelles ? .....

Antécédents chirurgicaux Lesquels ? .....

Autres maladies, dysbioses ou handicaps physiques ou psychiques : .....

*Savez-vous que réflexologie et cancer font bon ménage sous la surveillance d'un médecin ?*

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

Etes-vous enceinte ?  Non  Oui

*Attention, 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 ?*

Qu'attendez-vous d'un soin réflexologique/shiatsu détente/EFT ?

.....  
.....  
.....