

BILAN DE SANTÉ

MASSOTHÉRAPIE

Profession : _____ Date de naissance : _____
Jour / Mois / Année

Référée par : _____ Courriel : _____

Je souhaite recevoir votre infolettre

Je ne souhaite pas recevoir votre infolettre

Veillez noter que vous pouvez en tout temps signifier votre désir de ne plus recevoir l'infolettre.

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

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

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

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

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

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

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

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

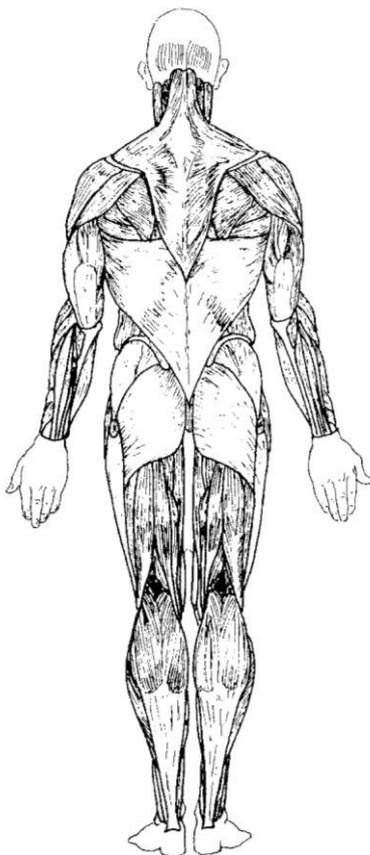
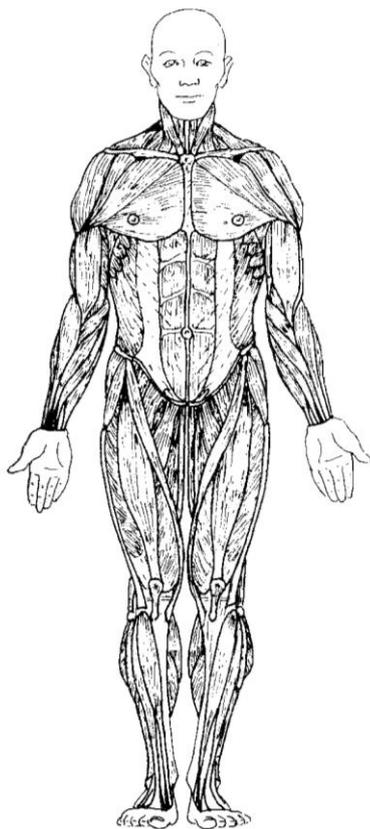
Avez-vous des **problèmes neurologiques** ? (Angoisse, sclérose en plaques, engourdissements...) Oui / Non
Autres ? _____

Douleurs musculaires ? Tendinite ? Bursite ? Capsulite ? Épicondylite ? Oui / Non

Si oui : Où ? _____
Cause ? _____
Symptômes ? _____
Depuis combien de temps ? _____

***** IMPORTANT DE COMPLETER LE VERSO *****

Encerclez-la ou les zones où vous ressentez de la douleur



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

Dans le cas où vous ne pourriez pas vous présenter à votre rendez-vous, assurez-vous de nous en aviser 24 heures à l'avance par téléphone ou par courriel, sans quoi des frais de 20,00\$ seront automatiquement facturés à votre dossier.

Signature : _____

Date : _____

ZONE RESERVEE A LA MASSOTHERAPEUTE

Date	Commentaire