



KEVIN CASAGRANDE

MASSAGE À VISÉE THÉRAPEUTHIQUE

Questionnaire de santé

Ce questionnaire me permet de prendre connaissance de votre situation et ainsi de pouvoir mieux cibler mes questions durant notre séance.

Madame Monsieur Autre:

Prénom :

Nom :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

Email :

N° de téléphone :

Date de naissance :

N° AVS :

Assurance complémentaire :

Profession :

Enfants :

Sports / hobbies :

Allergies :

Intolérance aux huiles essentielles :

Raison de la première visite :

Qui vous a recommandé un massage à visée thérapeutique?

Pression souhaitée durant le massage : Faible Moyenne Forte

Historique de blessures / fractures :

Historique de maladie :

Historique de chirurgie :

Médication / traitement actuel :

Etat de santé général :

Niveau de stress : / 10

Niveau d'énergie : / 10

Êtes-vous fumeur? Oui Non

Dormez-vous bien? Oui Non

Digérez-vous bien? Oui Non

Êtes-vous déprimé(e)? Oui Non

Grossesse en cours? Oui Non

Règles douloureuses? Oui Non

Allez-vous correctement à la selle? Oui Non

Autres remarques :