

Dossier santé personnel

Nom , Prénom _____ F M Tél. Maison _____

Adresse _____ Tél. Bureau _____

Ville _____ Code _____ Tél. Cellulaire _____

Courriel _____ **Date Naissance** A/M/J / / **Age** _____

Occupation _____ Assis ___ ORDI ___ Debout ___ Référé par _____

Avez-Vous déjà eu? # Fois + ANNÉE Massage Relaxant _____ Thérapeutique _____ Trame _____ Physio _____

Chiro _____ Ostéo _____ Acupuncture _____ Soins Énergétiques _____ Autres _____

Êtes-vous suivi par un médecin Son nom _____ Non _____

Avez-vous déjà eu ou **Avez-vous en ce moment** des **Problèmes de Santé?** NON ___ OUI ___

Circulation	Bonne <input type="checkbox"/>	Problème cardiaque <input type="checkbox"/>	Pace Maker <input type="checkbox"/>	H / B Pression <input type="checkbox"/>
Digestion	Bonne <input type="checkbox"/>	Lente <input type="checkbox"/>	Vite <input type="checkbox"/>	Foie, VB <input type="checkbox"/>
Élimination	Bonne <input type="checkbox"/>	Urine souvent <input type="checkbox"/>	Diarrhée <input type="checkbox"/>	Constipation <input type="checkbox"/>
Respiration	Bonne <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Apnée <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>

Diabète ___ Cholestérol ___ Verrue ___ Maladie de peau ___ Pieds Froids ___ Mains Froides ___

Migraine ___ Arthrite ___ Arthrose ___ Crampes ___ Varices ___

Opérations, Fractures Année ___ Décrire et mentionner s'il y a des **séquelles, des douleurs?** _____

Douleurs Physiques sur 10 1/10 Achalant 10/10 Insupportable Côté **D = Droit G = Gauche**

DOS Haut D ___ G ___ Cou D ___ G ___ Omoplate D ___ G ___ Milieu D ___ G ___ Bas D ___ G ___ Hanche D ___ G ___

Cuisse D ___ G ___ Genou D ___ G ___ Mollet D ___ G ___ Cheville D ___ G ___ Orteils D ___ G ___

Bras D ___ G ___ Épaule D ___ G ___ Coude D ___ G ___ Avant-Bras D ___ G ___ Poignet D ___ G ___ Doigt D ___ G ___

Ventre, Côtes _____ Autres _____

Médicaments pris, pourquoi? _____

Avez-vous déjà fait? **En Quelle Année?** Crise d'Angoisse _____ Burn-out _____ Dépression _____ NON ___

Qu'avez-vous fait à ce jour pour aider votre situation physique et psychologique? Loisirs? Exercices? Fréquence? _____

Appétit Normal Peu Gros Salé Sucré Épicé Autres _____

Nombre d'heures sommeil _____ Fatigué Réveil Reposé Coupé

Enfant, Age G _____ F _____ Lunette Stérilet Prothèses

Autres informations à connaître avant de faire le soin? Non ___ Oui _____

Je déclare les renseignements ci-haut être exacts au meilleur de ma connaissance. O ___ D ___ NLP ___ MER ___ Coaching ___

Mon état de santé actuel me permet de recevoir des soins santé et j'informerai si mon état change dans le futur.

En donnant mon courriel, je consens à recevoir les communications du Centre Belle Vie.

Signature _____ Date _____