Massothérapie

Nom: _____ **Date de naissance:** _____

Adresse: _____ **Occupation:** _____

Ville: _____ **Province:** _____ **Code postal:** _____

Tel. Résidence: _____ **Tel. Mobile:** _____

Courriel: _____

Autorisation contact par courriel (confirmation de rdv/envoi de reçus): ❑

Raison de votre visite: _____ **Réréré par:** _____

Avez-vous déjà reçu un massage? _____ **Si oui de quel type?** _____

1) Avez-vous consulté un médecin récemment? Si oui, quand? _____

2) Êtes-vous sous les soins d'un chiropraticien? _____ **Physiothérapeute?** _____

Si oui, pour quelles raisons? _____

3) Prenez-vous des médicaments? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

Si oui, lesquels? _____

4) Avez-vous été opéré récemment? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

Si oui, pourquoi? _____

5) Avez-vous récemment eu un accident? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

Si oui, élaborez: _____

6) Faites-vous de l'exercice régulièrement? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

Si oui, élaborez: _____

7) Portez-vous des orthèses? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

8) Portez-vous un ''pacemaker''? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

9) Êtes-vous enceinte? **Oui:** ❑ **Non:** ❑ **Date prévue de l'accouchement:** _____

Accouchement par césarienne: _____ **Est-ce que vous allaitez?** _____

10) Êtes-vous ménopausée? **Oui:** ❑ **Non:** ❑

<u>Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de:</u>

❑	**Arthrose**	❑	**Oedème**	❑	**Haute pression**
❑	**Arthrite**	❑	**Varices**	❑	**Basse pression**
❑	**Hernie**	❑	**Eczéma**	❑	**Phlébite**
❑	**Troubles circulatoires**	❑	**Psoriasis**	❑	**Diarrhée**
❑	**Troubles cardiaques**	❑	**Ulcère**	❑	**Insomnie**
❑	**Troubles cardiovasculaires**	❑	**Diabète**	❑	**Épilepsie**
❑	**Troubles du foie**	❑	**Constipation**	❑	**Troubles des reins**

> Les patients doivent se présenter cinq (5) minutes avant l'heure cédulée.

> Un maximum de 15 minutes de retard seront tolérées, après quoi la durée de votre massage sera réduite, sans réduction du prix, et ce, afin de ne pas pénaliser les clients suivants.

> Le massage active beaucoup le système. Ainsi, en cas de maladie (rhume, gastro, etc), veuillez svp annuler votre massage pour votre confort et afin d'éviter tout risque de contamination. La massothérapeute se réserve le droit de refuser un client en lien avec une maladie contagieuse.

> De même, par respect pour ses clients, votre massothérapeute se réserve le droit d'annuler tout massage en cas de maladie contagieuse.

Je confirme avoir lu et compris ce qui précède:

Signature: _____ ***Date:*** _____

POUR USAGE À L'INTERNE SEULEMENT

HISTORIQUE DE CONSULTATION

DATE	DURÉE	OBSERVATIONS/NOTES