

QUESTIONNAIRE REFLEXOLOGIE



Toute information donnée sera traitée avec la plus grande discrétion

Nom, prénom: _____ Date de naissance: __ / __ / __

Téléphone: _____ Courriel: _____

Profession: _____ Activités sportives: _____

Niveau d'énergie: fort / moyen / faible Niveau de stress: fort / moyen / faible

Exercice: type? heures / séances par semaine?.....

Taille: Poids: Vision:

Tension artérielle (si connue): Fumeur / Non-fumeur

Motif pour traitement par Réflexologie:

Heures de sommeil par nuit : Réveillez-vous rafraîchie?

Troubles de sommeil?

Souffrez-vous d'une des affectations suivantes ?

- Douleurs
- Maux de tête
- Troubles de digestion
- Troubles urinaires
- Maladie endocrinienne (diabète, thyroïde).....

Avez-vous eu des maladies héréditaires dans votre famille ?

Avez-vous eu des interventions chirurgicales?

Prenez-vous des médicaments / vitamines?

Suivez-vous en traitement médical?.....

Tout autre renseignement utile :