

Dossier de santé Réflexologie

Ce formulaire doit être complété lors de la première visite seulement.

Nom: _____

Date: _____
(jj/mm/an)

Adresse: _____

Tél. (rés): () _____

Ville: _____

Tél. (bureau): () _____

Province /État: _____ Code postal/Zip: _____

Date de naissance: _____
(jj/mm/an)

Dernière visite médicale: _____

Résultat? _____

Avez-vous déjà eu des accidents? Non Oui

Quand? _____

Souffrez-vous d'une maladie grave? Non Oui

Quand? _____

Avez-vous déjà été hospitalisé? Non Oui

Pourquoi? Quand? _____

Avez-vous déjà eu des fractures? Non Oui

Quand? _____

Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale? Non Oui

Quand? _____

Prenez-vous des médicaments? Non Oui

Lesquels? Pourquoi? _____

Avez-vous des problèmes cardiaques? Non Oui

Quand? _____

Portez-vous un stimulateur cardiaque? Non Oui

Quand? _____

Comment est de votre tension artérielle? Normale Anormale

Pourquoi? _____

Avez-vous des problèmes circulatoires? Non Oui

Quoi? _____

Êtes-vous enceinte? (femmes seulement) Non Oui

Quel trimestre? _____

Historique familial de cancer? Non Oui

Quand? _____

Avez-vous la diabète? Non Oui

Quand? _____

Avez-vous l'épilepsie? Non Oui

Quand? _____

Portez-vous une prothèse? Non Oui

Quoi? Où? _____

Êtes-vous fumeur?/ Avez-vous des allergies? Non Oui

Quoi? Quand? _____

Suivez-vous autres traitements thérapeutique? Non Oui

Quoi? _____

Avez-vous déjà reçu une session de réflexologie? Non Oui

Avec qui? Quand? _____

Qui vous a référé à nous? _____

Quelle est votre profession? _____

Qui est votre medecin? _____

Médecin Tél: _____

Les problèmes actuels: _____

Consentement pour la session de réflexologie:

Je comprends et j'accepte que les sessions reçues sont d'une valeur thérapeutique seulement et j'accepte l'entière responsabilité de la meme.

Signature: _____
(parent/gardiennne)

Date: _____

Client: _____

Date: (mm/dd/yy)	Observations:

Record Session Réflexologie

Ce formulaire doit être rempli par le réflexologue pour chaque session

Date de Session: _____ (mm/dd/yy)

Numéro de session: _____

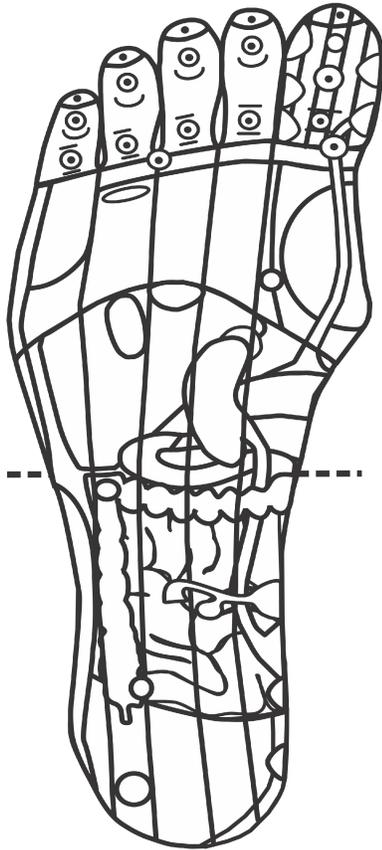
Client: _____



Pied Droit

Marquer à l'encre **bleue**

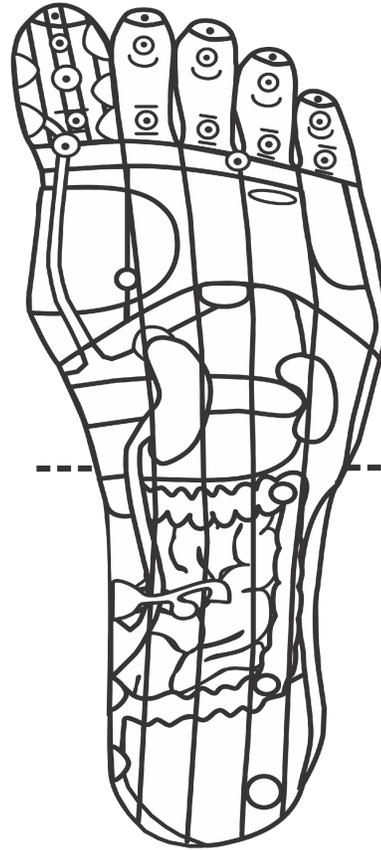
Vue Plantaire



Taille

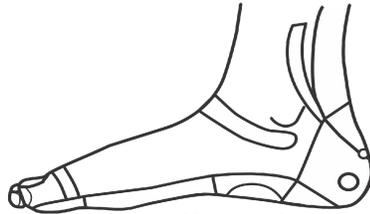
Pied Gauche

Marquer à l'encre **rouge**



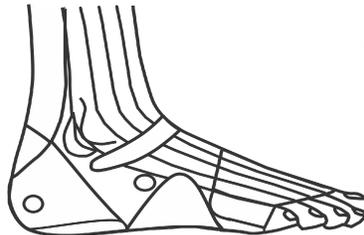
Pied conditions observées

Vue Médiale



Colonne Vertébrale

Vue Latérale



Vue Dorsale



Légende



Échelle de sensibilité



Région d'appel d'offres (Jaune)



Gonflement (Rose)



Sédiment (Vert)



Oignon/Cor/Cal (Bleu)