

BILAN EN MASSOTHÉRAPIE

MASSOTHERAPY HEALTH QUESTIONNAIRE

Formulaire dossier confidentiel

Confidential

Date de la première rencontre / Date of the first meeting :

____/____/____
Jour/Day Mois/Month Année/Year

Avez-vous un programme d'assurance qui couvre la massothérapie ? Oui Non
Do you have an insurance plan that covers massage therapy? Yes No

Homme / Man Femme / Women

Nom / Name : _____

Prénom / First name : _____

Adresse / Address : _____

Ville / City : _____ Code postal code : _____

Tél. maison / Tel. home : _____

Tél. bureau / Tel. office : _____

Tél. cellulaire / Cell phone : _____

Courriel / E-mail : _____

Date de naissance / Birth date : _____

Occupation : _____

La raison de la consultation ? *Reason for the consultation?*

Avez-vous reçu un diagnostic médical ? *Have you received a medical diagnosis?*

Prenez-vous des médicaments ? Lesquels ? *Are you taking medication? What for?*

Avez-vous déjà eu des accidents ? *Have you had any accidents?*

Avez-vous déjà eu des opérations chirurgicales ? *Have you ever had surgery?*

Quels sont les traitements que vous suivez actuellement et quels en sont les effets ?

Do you have any health conditions? If yes, what treatment are you receiving?



Avez-vous des problèmes cardiaques, circulatoires ou respiratoires ? *Do you have heart, circulatory or respiratory problems?* _____

Avez-vous déjà eu des maladies graves ? Si oui, lesquelles ? *Have you ever had serious diseases? If so, which ones?*

Portez-vous des orthèses, des verres de contact, prothèse ou autres ?

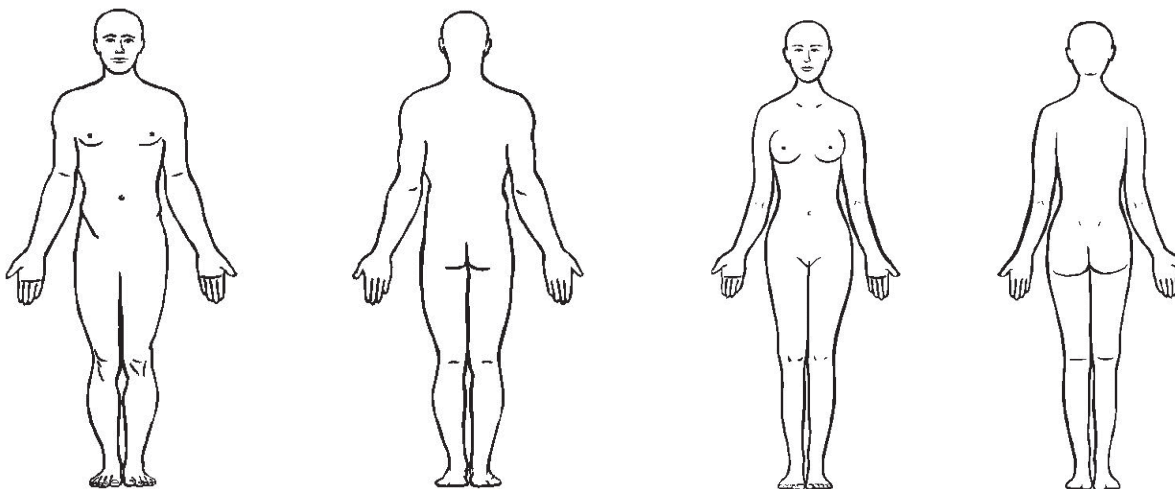
Do you wear braces, contact lenses, prosthesis or others?

Avez-vous des allergies ? *Do you have allergies?* _____

COCHEZ LES CASES APPROPRIÉES / CHECK THE APPLICABLE BOXES

- | | | |
|--|--|--|
| Raideurs/ <i>Stiffness</i> | Douleurs musculaires/ <i>Muscular pain</i> | Inflammation aiguë/ <i>Acute inflammation</i> |
| Arthrose/ <i>Arthrosis</i> | Fibromyalgie/ <i>Fibromyalgia</i> | Artériosclérose/ <i>Arteriosclerosis</i> |
| Hernie discale/ <i>Herniated disc</i> | Rhumatisme/ <i>Rheumatism</i> | Ostéoporose/ <i>Osteoporosis</i> |
| Oedèmes/ <i>Edema</i> | Sciatique/ <i>Sciatica</i> | Maux de dos/ <i>Backache</i> |
| Tendinite/ <i>Tendonitis</i> | Bursite/ <i>Bursitis</i> | Fatigue des jambes/ <i>Fatigue of the legs</i> |
| Maux de tête/ <i>Headache</i> | Migraine | Troubles digestifs/ <i>Digestive disorders</i> |
| Flatulence | Diarrhée/ <i>Diarrhea</i> | Constipation |
| Troubles circulatoires/ <i>Circulatory disorders</i> | Phlébite/ <i>Phlebitis</i> | Hyperthyroïdie/ <i>Hyperthyroidism</i> |
| Hypothyroïdie/ <i>Hyperthyroidism</i> | Hypertension | Hypotension/ |
| Diabète/ <i>Diabetes</i> | Hypoglycémie/ <i>Hypoglycemia</i> | Insomnie/ <i>Insomnia</i> |
| Stressé/ <i>Stress</i> | Burn out | Dépression nerveuse/ <i>Nervous breakdown</i> |
| Préménopause/ <i>Perimenopause</i> | Ménopause/ <i>Menopause</i> | Autres/ <i>Others</i> |

INDIQUER LES ENDROITS OÙ VOUS RESSENTEZ DE LA DOULEUR / INDICATE THE PLACES WHERE YOU FEEL PAIN



Je confirme que tous les renseignements fournis dans le présent dossier sont véridiques.
I confirm that all the information supplied in the present file is true.

Signature / *Signature*: _____ Date : _____