

Vous avez choisi un Massage Bien être et je vous remercie de votre confiance.  
Dans l'attente de ce moment de détente, je vous remercie de bien vouloir renseigner et me remettre ce petit questionnaire le jour de votre soin afin que celui ci se déroule dans le mieux être recherché.

*You have chosen a Wellness Massage and I thank you for your confidence. While waiting for this moment of relaxation, I thank you to kindly inform and give me this small questionnaire the day of your care so that it takes place in the best being sought.*

Nom/Name :	Prénom/ Firstname:
Adresse :	
Téléphone/Phone:	
email:	@

Questionnaire de Santé Confidentiel:

Health Questionnaire Confidential:

OUI      NON

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Etes-vous allergiques ?<br><i>Are you allergic?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Etes-vous enceinte ?<br><i>Are you pregnant ?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous subi une opération dans les 6 derniers mois ?<br><i>Have you had an operation in the past 6 months?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des cicatrices récentes ?<br><i>Do you have any recent scars?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Etes-vous sous traitement médical ou dermatologique ?<br><i>Are you under medical or dermatological treatment?</i> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des troubles cardiaques ?<br><i>Do you have heart problems?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des varices complexes ?<br><i>Do you have complex varicose veins?</i>                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des douleurs articulaires ?<br><i>Do you have joint pain?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des douleurs musculaires ?<br><i>Do you have muscle pain?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des douleurs stomacales ?<br><i>Do you have stomach pain?</i>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Avez-vous des troubles du sommeil ?<br><i>Do you have sleep disorders?</i>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Suivez vous un traitement ?<br><i>Do you follow a treatment?</i>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Vous sentez-vous dans un état fébrile, fiévreux ?<br><i>Do you feel in a febrile, feverish state?</i>              |

Autres évènements que vous jugez utile de nous signaler :

*Other events that you may find useful:*

Date :

Signature :