



TAYAOUT-NICOLAS MASSOTHÉRAPIE

DOSSIER PERSONNEL - CONFIDENTIEL

Nom _____ Date _____

Adresse _____ Code postal _____ Téléphone _____

Date de naissance _____ Occupation _____

Référé par _____ Date du dernier examen physique _____

Opération | _____ Quand? _____

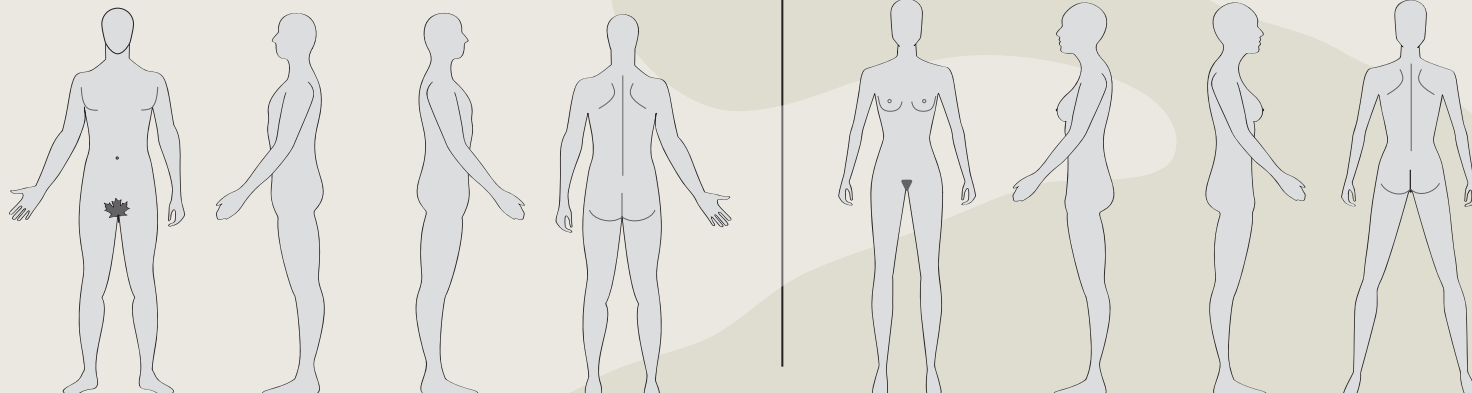
Maladie grave | _____ Quand? _____

Accidents | _____ Quand? _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTE | <input type="checkbox"/> FATIGUE | <input type="checkbox"/> DIFFICULTÉ À DORMIR |
| <input type="checkbox"/> MAUX DE COU | <input type="checkbox"/> DÉPRESSION | <input type="checkbox"/> PIEDS FROIDS |
| <input type="checkbox"/> RIGIDITÉ DU COU | <input type="checkbox"/> LUMIÈRE AFFECTE LES YEUX | <input type="checkbox"/> MAINS FROIDES |
| <input type="checkbox"/> MAUX DE DOS | <input type="checkbox"/> PERTE DE MÉMOIRE | <input type="checkbox"/> SUEURS FROIDES |
| <input type="checkbox"/> NERVOSITÉ | <input type="checkbox"/> OREILLE RÉSONNE/BOURDONNE | <input type="checkbox"/> FIÈVRE |
| <input type="checkbox"/> TENSION | <input type="checkbox"/> ÉTOURDISSEMENT | <input type="checkbox"/> TROUBLE CARDIAQUE |
| <input type="checkbox"/> IRRITABILITÉ | <input type="checkbox"/> PERTE D'ÉQUILIBRE | <input type="checkbox"/> TROMBOSE |
| <input type="checkbox"/> DOULEUR THORACIQUE | <input type="checkbox"/> PERTE DE CONSCIENCE | <input type="checkbox"/> DIABÈTE |
| <input type="checkbox"/> PICOTTEMENT DANS LES BRAS | <input type="checkbox"/> VARICES | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE |
| <input type="checkbox"/> PICOTTEMENT AUX JAMBES | <input type="checkbox"/> PHLÉBITE | <input type="checkbox"/> ARTHRITE |
| <input type="checkbox"/> DOIGTS ENGOURDIS | <input type="checkbox"/> PERTE DE L'ODORAT | <input type="checkbox"/> ASTHME |
| <input type="checkbox"/> ORTEILS ENGOURDIS | <input type="checkbox"/> PERTE DU GOÛT | <input type="checkbox"/> ANÉMIE |
| <input type="checkbox"/> CONSTIPATION | <input type="checkbox"/> TROUBLE DIGESTIF | <input type="checkbox"/> CANCER |
| <input type="checkbox"/> DIARRHÉE | <input type="checkbox"/> MAUX D'ESTOMAC | <input type="checkbox"/> J'AI EU UN CANCER |
| <input type="checkbox"/> TÊTE SEMBLE PESANTE | <input type="checkbox"/> ECZÉMA | <input type="checkbox"/> JE SUIS ENCEINTE |
| <input type="checkbox"/> SOUFFLE COURT | <input type="checkbox"/> SINUSITE | <input type="checkbox"/> JE PORTE UN STÉRILET |
| <input type="checkbox"/> AUTRE _____ | <input type="checkbox"/> AUTRE _____ | <input type="checkbox"/> AUTRE _____ |

But de cette consultation _____ Signature _____

Encercler les endroits où vous ressentez la douleur ou du stress. Numériquement, utilisé les fonctions « Commentaires » d'Acrobat Reader ou Pro



Cliquez sur le courriel afin d'envoyer le formulaire

514.992.2682 INFO@TNMASSOTHERAPIE.COM