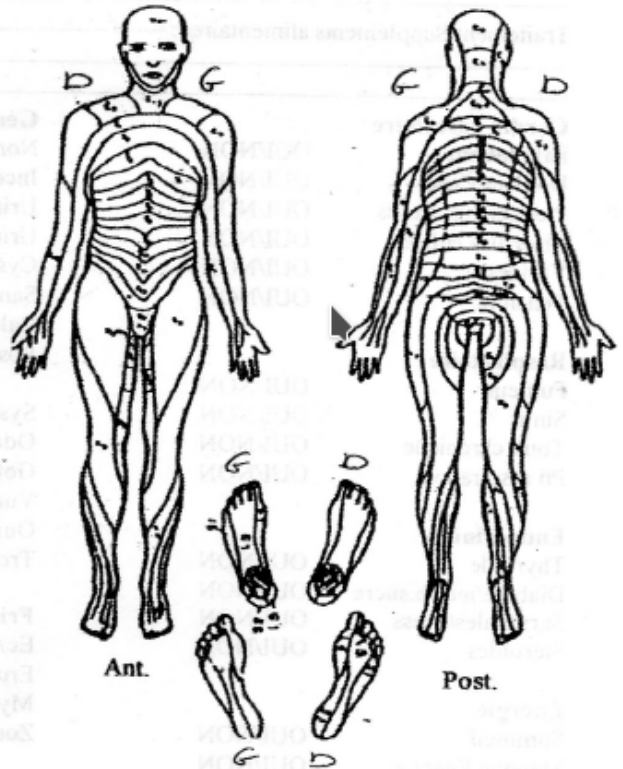


# Notes Clients

Motif du RV : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Encercler la zone problème



Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_ - \_ - \_ - \_ - \_ .

Nom et coordonnées du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Sports / Hobbies : \_\_\_\_\_

Accidents / Traumatismes (émotionnels) : \_\_\_\_\_

Opérations : \_\_\_\_\_

Enfants / Grossesses : \_\_\_\_\_

Dentisterie : \_\_\_\_\_

Maladies (y compris infantiles) : \_\_\_\_\_

Maladies familiales : \_\_\_\_\_

Migraines / Maux de crâne : \_\_\_\_\_

Vertiges / Étourdissements : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Traitement / Suppléments alimentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Cardio vasculaire</b>		<b>Génito Urinaire</b>		<b>Gastro Intestinal</b>	
Palpitations	OUI/NON	Normal	OUI/NON	Gain / perte de poids	OUI/NON
Douleur Coeur	OUI/NON	Incontinence	OUI/NON	Perte appétit	OUI/NON
Pieds / mains froides	OUI/NON	Urine fréquente	OUI/NON	Gaz / brûlure estomac	OUI/NON
Chevilles enflées	OUI/NON	Urine douloureuse	OUI/NON	Flatulence	OUI/NON
Varices	OUI/NON	Cystite / muguet	OUI/NON	Nausée / vomissement	OUI/NON
Tension	OUI/NON	Sang dans urine	OUI/NON	Diarrhée	OUI/NON
<b>Respiratoire</b>		Calculs inf.Reins	OUI/NON	Constipation	OUI/NON
Fumeur	OUI/NON	Pbs Prostate	OUI/NON	Maux ventre	OUI/NON
Sinus	OUI/NON	<b>Système Nerveux</b>		Hémorroïdes	OUI/NON
Toux chronique	OUI/NON	Odorat	OUI/NON	Jaunisse	OUI/NON
Pb respiration	OUI/NON	Goût	OUI/NON	Repas réguliers	OUI/NON
<b>Endocrinien</b>		Vue / yeux	OUI/NON	<b>Menstruation</b>	
Thyroïde	OUI/NON	Ouïe / oreilles	OUI/NON	Hystérectomie	OUI/NON
Diabète / métab.sucre	OUI/NON	Tremblements	OUI/NON	Ménopause	OUI/NON
Surrénales / stress	OUI/NON	<b>Frissons / Fièvre / Peau</b>		Règles douloureuses	OUI/NON
Stéroïdes	OUI/NON	Eczéma / Psoriasis	OUI/NON	Crampes	OUI/NON
<b>Énergie</b>		Éruptions cutanées	OUI/NON	Pertes blanches	OUI/NON
Sommeil	OUI/NON	Mycoses	OUI/NON	Cycles régul / irrégul	OUI/NON
Manque Énergie	OUI/NON	Zona	OUI/NON	Flux excessif	OUI/NON
				Seins douloureux	OUI/NON
				Tension prémenstruelle	OUI/NON

Commentaires : \_\_\_\_\_

### **Merci de lire, dater et signer ce qui suit :**

Je comprends que les kinésithérapeutes ne donnent pas de diagnostic médical ou de traitement mais qu'ils corrigent les déséquilibres qui apparaissent durant la séance.

Je comprends donc qu'il est de ma responsabilité de consulter mon médecin traitant en cas de douleur, de problème ou de maladie dont je suis conscient ou pour lequel je suis alerté au cours de la séance.

**(Toute reproduction interdite)**

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_