

# Questionnaire Santé

## Spa Des Délices

### Généralités

Nom.....Prénom.....  
Date.....Signature .....

### Santé

Êtes-vous allergique ou sensible à certains éléments ?  
.....

Avez-vous des zones de sensibilité spécifique à nous signaler ?

Oui  Non

Précisez:.....

Souffrez-vous des problèmes suivants ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète            | <input type="checkbox"/> Hypertension          |
| <input type="checkbox"/> Digestion          | <input type="checkbox"/> Pulmonaire            |
| <input type="checkbox"/> Insomnie           | <input type="checkbox"/> Asthme                |
| <input type="checkbox"/> Peau               | <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie récente  | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque |  |
| <input type="checkbox"/> Autres .....       |  |

Madame, attendez-vous un heureux évènement ?

Oui, Nombre de mois.....  Non

### Vos attentes

#### *Corps*

Quelles bénéfices attendez-vous de votre soin ?  
.....

Dans certains de nos protocoles, il est d'usage de masser en partie la poitrine et les fessiers.

Les fessiers  Oui  Non

La poitrine  Oui  Non

Quel type de pression appréciez-vous en massage ?

Jambes  Léger  Moyen  Fort

Dos  Léger  Moyen  Fort

Ventre  Léger  Moyen  Fort

Dans le cadre d'un massage, souhaitez-vous que la praticienne s'attarde sur une zone particulière ?  
.....

#### *Visage*

Quels bénéfices attendez-vous de votre soin ?  
.....

Portez-vous des lentilles ?  Oui  Non

Souhaitez-vous une extraction des comédons ?

Oui  Non

Souhaitez-vous une épilation des sourcils ?

Oui  Non