

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