

Questionnaire santé

pour massage sur chaise en entreprise



Entreprise

Nom de l'entreprise/Nom de l'événement : _____

Client

Prénom et nom (en lettres moulées) : _____

Profession : _____ Courriel : _____

Adresse : _____
No., rue, appartement, casier postal et code postal

Ville et province

Avez-vous une zone d'inconfort ou de douleur? Si oui, expliquez :

Avez-vous des problèmes cardiaques? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des problèmes de phlébite? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des problèmes respiratoires? ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous hémophile? ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous diabétique? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous de la fièvre? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous subi une fracture il y a moins de 3 mois? ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous enceinte de moins de 3 mois? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous pris de l'alcool ou de la drogue? ☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous des médicaments? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels?

Je soussigné(e) _____ déclare que les renseignements fournis sont exacts.
(Écrire en lettres moulées)

Signature : _____ Date : (jj/mm/aaaa) : _____

Membre de



Réseau des
massothérapeutes
professionnels
du Québec

2285, rue Saint-Pierre
Drummondville (Québec)
J2C 5A7

Tél. : 1 800 461-1312
rmpq.ca