

Sukha

MASSAGE BIEN-ÊTRE

À DOMICILE / SUR RDV

Questionnaire avant massage

Pour m'assurer du bon déroulement de votre massage, j'ai besoin que vous répondiez sincèrement à quelques questions.

Femme Homme

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Mail : Téléphone :/...../...../...../.....

HISTORIQUE MÉDICAL

- Avez-vous des problèmes de santé chroniques ?
(Ex : douleurs lombaires, arthrite, ...)

Si oui, lesquels ?

.....

- Avez-vous subi des opérations ? Oui Non
(Ex : prothèse, infiltration, ...)

Si oui, lesquelles ?

.....

- Suivez-vous actuellement un traitement ? Oui Non
(Ex : Anticoagulant, Hypertension, ...)

Si oui, lesquels ?

.....

- Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? Oui Non

Si oui, de combien de mois ?

- Avez-vous des allergies à une huile ou autre chose ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

- Pratiquez-vous une ou des activités sportives ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

- Si vous souhaitez mentionner autre chose qui pourrait être important :

.....

.....

VOS PRÉFÉRENCES MASSAGE

- Que recherchez-vous pour votre massage ?

Relaxation
 Soulagement des tensions musculaires
 Energétique
 Améliorer ma souplesse/posture
 Stimuler le système circulatoire
 Soulager mon stress
 M'aider à retrouver un confort digestif

- Quel type de pression et rythme aimez-vous ?

Pression légère
 Pression moyenne, ferme
 Pression très appuyée et profonde
 Rythme lent
 Rythme dynamique
 Alternance de rythme

- Avez-vous une/des zones où vous n'aimez pas être massé ?

Pieds
 Cuir chevelu
 Jambes
 Dos
 Visage
 Ventre

Après avoir pris connaissance de ce questionnaire,
je certifie que tous les renseignements sont exacts et complets.
Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Fait à, le

Signature

Merci de renvoyer votre questionnaire complété à l'adresse mail : sukha.massage24@gmail.com

SIMON DUFIEF
Masseur Indépendant Diplômé

07 68 91 09 63
www.sukha-massage24.fr