



VOS INFORMATIONS

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | Prénom | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | Age | <input type="text"/> |
| Ville | <input type="text"/> | | |
| Téléphone | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |
| Profession | <input type="text"/> | | |
| Situation familiale | <input type="text"/> | Nbre d'enfant | <input type="text"/> |
| Age des enfants | <input type="text"/> | | |
| Médecin traitant | <input type="text"/> | | |
| Traitement médicamenteux en cours | <input type="text"/> | | |

questionnaire relaxation / stress / sommeil

Pourquoi êtes vous anxieux, nerveux ou stressé ?

Depuis combien de temps ?

Sudation ? Fréquences ? Intensité ? (de 1 à 10)

Quels sont les symptômes et manifestations :

Troubles du sommeil :

Troubles de la concentration :

Compulsions alimentaires :

Palpitations,angoisses ,bouffées de chaleur :

Irritabilité

Problèmes cutanées :

Autres :

Hygiène de vie :

| | | | |
|------------|----------------------|----------|----------------------|
| Tabac | <input type="text"/> | Quantité | <input type="text"/> |
| Alcool : | <input type="text"/> | Quantité | <input type="text"/> |
| Café/thé : | <input type="text"/> | Quantité | <input type="text"/> |

PRÉCAUTION D'UTILISATION :

Avez vous une maladie grave ? Avez vous des troubles épileptiques ?

Êtes vous enceinte ?

Comment avez vous connu le cabinet ?

[Effacer le formulaire](#)

[Imprimer](#)

[Envoyer le formulaire \(fonctionne que quand les champs sont remplis\)](#)