

Nom prénom :

Profession :

Adresse :

Téléphone :

mail :

Âge :

Poids :

Taille :

Groupe sanguin :

Raison(s) de la visite : (Pathologie(s) actuelle(s) et/ou symptômes ET traitement en cours)

Antécédents familiaux :

Antécédents médicaux (dates accidents/maladies, soins effectués, traitements) :

Problèmes digestifs :

Problèmes immunitaires :

Problèmes cardio-vasculaires/circulatoires :

Problèmes génito-urinaires (endocriniens), moyen contraceptif ? :

Problèmes ostéo-articulaires :

Problèmes cutanés (cheveux, peau, ongles, dents) :

Problèmes respiratoires :

Qualité du transit (fréquence/apparence des selles) :

Problèmes musculaires :

Problèmes nerveux :

Qualité du sommeil :

Vitalité générale :

Addictions (tout ce dont vous ne pouvez vous passer, alimentaire ou non) :

Source(s) de stress (physique /psychique) :

Activité physique :

Vaccins effectués depuis la naissance (dater) :

Chocs émotionnels vécus (dater) :

Quels sont les objectifs que vous visez pour votre santé /bien être ?

Autre éléments que vous souhaitez préciser :

Tableau alimentaire**A REMPLIR SUR 3 JOURS**

Précisez les horaires	Aliments et boissons	Compléments alimentaires
Petit déjeuner		
Collation		
Déjeuner		
Goûter		
Dîner		

Tableau alimentaire

	Aliments et boissons	Compléments alimentaires
Petit déjeuner		
Collation		
Déjeuner		
Goûter		
Dîner		

Tableau alimentaire

	Aliments et boissons	Compléments alimentaires
Petit déjeuner		
Collation		
Déjeuner		
Goûter		
Dîner		

Autres précisions :