



NATUROPATHE  
MAGNÉTISEUSE

# Anamnèse Naturopathie

*Cher consultant, ce questionnaire va me permettre de cibler les causes profondes des troubles de santé. Vos réponses seront strictement personnelles et vont me permettre d'examiner les problématiques afin de vous proposer un plan de traitement naturel personnalisé.*

## ● Informations générales:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Situation familiale: \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants: \_\_\_\_\_

Motif de la consultation: \_\_\_\_\_

Description des symptômes: \_\_\_\_\_

Date de début des symptômes: \_\_\_\_\_

Facteurs aggravants: \_\_\_\_\_

Facteurs atténuants: \_\_\_\_\_

Traitement actuel (médicaments, thérapies): \_\_\_\_\_

- *Antécédents médicaux :*

Maladies chroniques (le cas échéant): \_\_\_\_\_

Antécédents chirurgicaux: \_\_\_\_\_

Allergies connues: \_\_\_\_\_

- *Histoire médicale familiale :*

Maladies génétiques ou héréditaires dans la famille: \_\_\_\_\_

Antécédents de maladies cardiovasculaires, cancer, etc: \_\_\_\_\_

- *Habitudes de vie :*

Régime alimentaire: \_\_\_\_\_

Condition de travail: \_\_\_\_\_

Activité physique: \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_

Méthode de détente: \_\_\_\_\_

- *Histoire gynécologique (pour les femmes) :*

Menstruations régulières: \_\_\_\_\_

Nombres de grossesses : \_\_\_\_\_

Utilisation de contraceptifs:

● *Autres informations pertinentes :*

Événement perturbant de la vie: Lequel: \_\_\_\_\_

Soudain      Prévu

Voyage récent dans des zones à risque: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Problèmes cutanés (herpes, eczéma, acné...): \_\_\_\_\_

Qualité des ongles  Dur   Mo  Cassés  Striés

Infections urinaires, Si oui dernière en date:

Votre libido en général  Forte  Modérée  Faible

Problèmes cardio-vasculaire (hypertension, tachycardie, troubles circulatoires, varices...):  
\_\_\_\_\_

Migraines ou maux de tête réguliers:

Problèmes respiratoires ou ORL (asthme, angine, otites, sinusite): \_\_\_\_\_

Douleurs physique récurrentes: \_\_\_\_\_

Qualité du sommeil:  Excellent   Bon  Irrégulier avec   
des réveils nocturne  Endormissement  
difficile

Problèmes digestifs: \_\_\_\_\_

Problèmes de poids: \_\_\_\_\_ Diabète: \_\_\_\_\_

Consommation et addiction (alcool, tabac, drogue, jeux...): \_\_\_\_\_

**Prenez soin de votre corps pour que votre âme ait  
envie d'y rester.**

Gandhi