



Bilan de santé

Date :

Nom :
Prénom :
Adresse :
N° de téléphone :
Age :
Date et heure de naissance :
Adresse mail :
Taille :
Poids :
Raison de votre visite (description courte):
Profession :
Lieu de travail :
Lieu d'habitation :
Etat civil :
Avez-vous des enfants ? Si oui combien ? et leur âge ?
Nom du médecin traitant :
Coordonnées du médecin traitant :
Thérapeutes :



Historique médicale

Traitement en cours : (depuis quand, jusqu'à quand ?)
Pilule :
Stérilet :
Allergies , Maladies :
Foie/Intestins : <ul style="list-style-type: none">• Nausées, vomissements• Renvois Haleine• Selles : Fréquence : Consistance : Odorantes :• Ballonnements, gaz odorants :• Candidose :• Calculs Vésicule biliaire :• Parasites :• Hépatite :• Autres :
Reins : <ul style="list-style-type: none">• Volume absorbé : eau, infusions, thé, café...• Urine : Claires Colorées Odorantes• Infections urinaires• Cystite• Calculs• Douleurs en urinant
Peau : <ul style="list-style-type: none">• Sèche/Grasse/Mixte :• Boutons• Démangeaisons :• Eczéma Psoriasis Acné Mycoses• Cheveux, ongles cassants
Poumons : <ul style="list-style-type: none">• Tabac• Toux Bronchite• Pneumonie Pleurésie• Asthme Allergie• Apnée du sommeil• Essoufflement
Problèmes ORL : <ul style="list-style-type: none">• Otite Vertiges• Surdité• Rhinite Pharyngite• Angines



Système cardio-vasculaire :

- Infarctus du myocarde
- Arythmie Palpitations
- Artérite
- Syndrome ou Maladie de Raynaud
- Varices
- Phlébites
- Lymphangite
- Ulcère de jambe

Système nerveux :

- Irritabilité
- Spasmophilie Nervosité
- Fatigue chronique
- Déprime Dépression
- Maux de tête : Céphalées Migraine
- AVC
- Introverti/Extraverti
- Humeur changeante
- Anorexie Boulimie

Sommeil :

- Dort : Bien / Mal
- Heure du coucher S'endort facilement
- Réveils nocturnes Heure :
- Heure du réveil : Avec ou sans réveil
- Se réveiller reposé/fatigué

Système génital féminin :

- Premières règles
- Aménorrhées Pertes blanches, rouges
- SPM : maux de tête, de ventre, seins douloureux, irritabilité...
- Grossesses, allaitement
- Pré ménopause Ménopause
- Troubles liés à la ménopause :
- Kyste, mastoses...

Système génital masculin :

- Prostate :
- Autres :

Fonction endocrine :

- Diabète :
- Fatigue :
- Excitation :
- Besoin de sucre :
- Soif fréquente :
- Coup de pompe vers 11h :



Tempérament :

- Lymphatique Sanguin Nerveux Bileux
- Climat préféré :
- Saveur préférée :

Hygiène de vie :

- Activités physiques :
- Loisirs :
- Alcool
- Tabac
- Sédentaire Actif Moyennement actif

Alimentation :

1. Comportements alimentaires :

- Durée du repas :
- Mastication :
- Repas devant la télé, l'ordinateur, en lisant
- Régimes : oui/non Lesquels : résultats
- Jeune :
- Monodiètes
- Portions : normales/petites/ grandes
- Faim entre les repas : quand ?
- Fatigue après le repas :

2. Composition des repas/heures :

- Petit déjeuner :
- Déjeuner :
- Dîner :

3. Prises entre les repas

- Oui/non
- Faim/pas faim
- A quelle heure ?
- Quoi ?

4. Modes de cuisson :

5. Huiles utilisées :

6. Produits utilisés :

- Raffinés, semi-complets, complets
- Plats préparés

7. Compléments nutritionnels :

8. Intolérances alimentaires :