

## **ANAMNESE avant 1ère séance de REIKI**

Le thérapeute s'engage à garder ces documents de façon tristement confidentielle.  
Si certaines questions vous paraissent trop indiscretes, libre à vous de ne pas y répondre.

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans

Téléphone : ..... adresse mail : .....

Adresse : .....

**Quel est le motif de votre visite ?**

**Quelle est votre profession ?**

**Concernant votre corps...**

**Pour les femmes, êtes-vous enceinte ? OUI / NON**

**(pour les femmes enceintes pas de séance de reiki pendant 3 premiers mois de grossesse)**

**Avez-vous des maladies graves ou chroniques ? OUI / NON**

**Prenez-vous des médicaments ? OUI / NON**

**Avez-vous subi des opérations, fractures, accidents, autres, ... Quand ? OUI / NON**

**Faites-vous des allergies ? OUI / NON Supportez-vous les huiles essentielles ? OUI / NON**

**Avez-vous des problèmes cardiaques ? OUI / NON**

**Avez-vous un pacemaker ? OUI / NON**

**Avez-vous eu une transfusion sanguine ? OUI / NON**

**Avez-vous donné votre sang ? OUI / NON**

**Avez-vous été diagnostiqué pour une maladie mentale ? OUI / NON**

**Si oui laquelle ? Depuis combien d'années? Suivez-vous un traitement ?**

**(Pour les personnes atteintes de troubles de schizophrénie pas de traitement Reiki)**

## **Au niveau de votre mode de vie...**

Mangez-vous équilibré ? OUI / NON

Avez-vous des addictions ? OUI / NON Et si oui lesquelles ?

Dormez-vous bien ? OUI / NON

Faites-vous du sport ? OUI / NON

Dans quel environnement vivez-vous ? Maison / appartement, ville / campagne

Est-ce que vous vous sentez bien chez vous ? OUI / NON

Est-ce que vous vous sentez bien sur votre lieu de travail ? OUI / NON

Combien d'heures par jour en moyenne utilisez-vous votre smart-phone ou téléphone ?

Combien d'heures par jour en moyenne regardez-vous la télévision ?

Combien d'heures par jour en moyenne êtes-vous sur des écrans d'ordinateur, tablette ?

Avez-vous des peurs ? Phobies ? OUI / NON  
détailler...

Avez-vous une religion ? OUI / NON

Avez-vous une pratique spirituelle ? OUI / NON

Croyez-vous en la réincarnation ? OUI / NON

## **Au niveau de votre vie affective...**

Etes-vous ?... marié/ divorcé/ célibataire/ PACSE / veuf(ve) autre...

Avez-vous des enfants ? OUI / NON

Si oui combien et quel âge ont-ils ?

Avez-vous perdu un enfant ? OUI / NON

Avez-vous vécu de gros chocs affectifs ? OUI / NON

Avez-vous subi des violences corporelles ? OUI / NON

Avez-vous subi des violence sexuelles ? OUI / NON

Avez-vous subi des violences verbales ? OUI / NON

Avez-vous autre chose de particulier à signaler ?

