

FICHE D'ANAMNÈSE – NATUROPATHÉ

Cabinet Bien-être Finsac Stéphanie
36 route d'ainay
03360

Date du RDV : ____ / ____ / ____

1. IDENTITÉ

Nom Prénom : _____
Âge : ____ ans Taille : ____ cm Poids : ____ kg
Profession : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

2. MOTIF DE CONSULTATION

(plusieurs choix possibles)

- Vitalité / fatigue chronique
- Troubles digestifs
- Surpoids / prise de poids
- Stress, anxiété, burn-out
- Sommeil
- Douleurs / inflammation
- Problèmes hormonaux (règles, ménopause, thyroïde...)
- Préparation grossesse / post-partum
- Autre : _____

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Maladies : _____
Opérations / hospitalisations : _____
Allergies / intolérances : _____
Vaccins à jour ? Oui Non

4. TRAITEMENTS EN COURS

Médicaments :

- Antidouleurs Anti-inflammatoires
- Antidépresseurs / anxiolytiques
- Contraception hormonale
- Thyroïde
- Autre : _____

Compléments alimentaires : _____

5. HYGIÈNE DE VIE

Sommeil : ____ h / nuit Heure du coucher : ____ h

Sport : Aucun 1×/sem 2–3×/sem +

Activité : _____

Temps écran soir : ____ h

Exposition soleil : < 15 min/j > 30 min/j

****6. ALIMENTATION (fréquence hebdo)****

Légumes crus : ___ repas Légumes cuits : ___ repas

Fruits : ___ / jour

Protéines animales : ___ repas

Céréales / féculents : ___ repas

Produits laitiers : ___ repas

Sucres / gâteaux : ___ fois

Café : ___ tasses Alcool : ___ verres

Eau : ___ L / jour

****7. DIGESTION****

Transit : Quotidien 1×/2 j < 2×/sem

Ballonnements Gaz Reflux Constipation

Selles molles / diarrhée

****8. ÉNERGIE & HUMEUR****

Matin : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = en forme)

14 h : Coup de barre

Soir : ___ h → KO

Irritabilité Tristesse Anxiété

****9. FEMMES****

Règles : Régulières (cycle ___ j) Irrégulières

Douleurs SPM fort Flux abondant

Ménopause ? Non Péri Oui depuis ___ ans

Contraception : _____

****10. HÉRÉDITÉ****

Diabète Hypertension Cancer Thyroïde

Maladies auto-immunes

****11. VOTRE OBJECTIF EN 3 MOTS****

Exemple : « dormir, digérer, mincir »

****12. CE QUE VOUS ÊTES PRÊT(E) À CHANGER****

Alimentation Sommeil Sport

Gestion du stress Temps pour soi

****13. UNE QUESTION QUE VOUS VOUS POSEZ****

Je certifie exactes les informations ci-dessus.

Date & signature :

À REMPLIR CHEZ VOUS

JOURNAL 3 JOURS (exemple en bas)

Copiez ce tableau 3 fois (petit-déj → coucher)

**JOUR 1 – Date : ___ / ___ **

Heure Repas / Boisson Humeur (1–10) Énergie

7 h Café + tartines 6

10 h ...

12 h30 ...

...

Observations

- Faim 2 h après repas
- Envie de sucré 16 h
- Maux de tête
- Autre : _____

MERCI !*

À biento, on va tout déchirer 

Ta naturopathe