

Fiche de renseignement CNT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Heure de Naissance :

Avez-vous déjà reçu un soin Chi Neï Tsang ?

Si oui, votre retour sur ce soin :

A ce jour, comment vous sentez-vous dans votre corps ?

Comment voyez-vous votre constitution corporelle : Sous poids Maigre Normal
Musclé Corpulent Surpoids

Avez-vous un sommeil ? : Régulier Irrégulier Sans repos Calme Très
profond

Emotionnellement vous êtes plutôt ? : Retenu Avec tempérament Irascible Explosif

Etes-vous stressé dans le quotidien ? : Jamais Occasionnellement Régulièrement
Chronique Beaucoup

Femme : Etes-vous enceinte ? Non Oui

Avez-vous un pacemaker ? Non Oui

Prenez-vous des médicaments ? Non Oui Le(s) quel(s) :