

Anamnèse en sophrologie · Première séance

Ce questionnaire prépare votre première séance de sophrologie. Il permet d'adapter les exercices à votre demande et à votre corps. Répondez librement : aucune question n'est obligatoire. Ce que vous préférez dire de vive voix pourra l'être pendant la séance.

Nom et prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____

Votre demande

1. Qu'est-ce qui vous amène à consulter ?

2. Depuis quand ?

3. Qu'aimeriez-vous avoir changé à la fin de l'accompagnement ?

4. Avez-vous déjà pratiqué l'une de ces méthodes ?

- ☐ Sophrologie ☐ Relaxation ☐ Méditation ☐ Yoga
☐ Aucune (plusieurs choix)

5. Comment avez-vous connu la sophrologie ?

- ☐ Par mon entourage ☐ Par un professionnel de santé
☐ Sur internet ☐ Autrement

Votre situation

6. Votre situation familiale

7. Votre profession et votre rythme de travail

8. Traversez-vous une période particulière ?

Changement, examen, deuil, séparation, maternité...

Votre santé

9. Avez-vous des problèmes de santé connus ?

Maladies, interventions chirurgicales, hospitalisations, actuelles ou passées.

10. Suivez-vous un traitement médical ?

Nom et dose des médicaments, si vous les connaissez.

11. Êtes-vous suivi(e) par un autre professionnel pour cette demande ?

Médecin, psychologue, kinésithérapeute...

12. Y a-t-il des douleurs ou des gênes à prendre en compte pendant les exercices ?

Dos, articulations, respiration, position allongée...

13. Êtes-vous enceinte ?

- ☐ Non ☐ Oui ☐ Non concernée

Votre stress et votre sommeil

14. Comment évaluez-vous votre niveau de stress actuel ?

0 : aucun stress · 10 : stress extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Dans quelles situations ressentez-vous le plus de tension ?

16. Comment cette tension se manifeste-t-elle dans votre corps ?

- ☐ Tensions musculaires ☐ Respiration courte
☐ Cœur qui s'accélère ☐ Troubles digestifs ☐ Maux de tête
☐ Autrement (plusieurs choix)

17. Comment jugez-vous la qualité de votre sommeil ?

0 : très mauvaise · 10 : excellente

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. Rencontrez-vous l'une de ces difficultés de sommeil ?

- ☐ Difficulté à s'endormir ☐ Réveils la nuit ☐ Réveil trop tôt
☐ Sommeil peu réparateur ☐ Aucune (plusieurs choix)

Vos ressources

19. Qu'est-ce qui vous fait du bien au quotidien ?

20. Combien de temps pourriez-vous consacrer chaque jour aux exercices ?

- ☐ Moins de 5 minutes ☐ 5 à 10 minutes ☐ 10 à 20 minutes
☐ Plus de 20 minutes

Pour finir

21. Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant notre rendez-vous ?
