

Pedicure Consultation Form / Fiche de consultation pour la pédicure

Model Name / Nom du modèle:	Telephone / Téléphone:
Address / Adresse:	
Date of Birth / Date de naissance:	Occupation / Profession:

Health Profile - check all that apply / Profil de santé - Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes

Allergies / Allergies

List Allergies: / Indiquez les allergies

Pregnant / Enceinte	<input type="checkbox"/>
Heart Issues / Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>
Hormonal Disorders / Troubles hormonaux	<input type="checkbox"/>
Edema / Œdème	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Diabète	<input type="checkbox"/>
Circulatory Disorders / Troubles de la circulation	<input type="checkbox"/>
Psoriasis / Psoriasis	<input type="checkbox"/>

Eczema / Eczéma	<input type="checkbox"/>	High / Low / Hypertension / Hypotension
Blood Pressure / Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	
Cancer / Cancer	<input type="checkbox"/>	
Menopause / Ménopause	<input type="checkbox"/>	
Thyroid Issues / Problèmes de thyroïde	<input type="checkbox"/>	
Arthritis / Arthrite	<input type="checkbox"/>	

Other / Autre: _____

Foot / Nail Analysis / Analyse des pieds / ongles

	Left/Gauche	Right/roit
Arthritis / Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corn / Cor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Callus / Durillon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertical Ridges / Stries verticales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horizontal Ridges / Stries horizontales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukonychia / Leuconychie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinea Pedis / Pied d'athlète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Left/Gauche	Right/Droit
Verruca / Verrue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis / Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flaking Nails / Ongles écaillés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onycholysis / Onycolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brittle Nails / Ongles cassants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eggshell Nails / Ongles en coquilles d'œuf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallen Arches / Affaissement des voûtes plantaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

