

Anamnesi

Cliente: _____ Indirizzo/Tel. _____ (obbligatori)

• Dati anagrafici		<input type="radio"/>
• Et�, peso, altezza	<input type="checkbox"/>	
• Professione, attivit�		<input type="radio"/>
• Disturbi attuali principali		<input type="radio"/>
• Disturbi collaterali	<input type="checkbox"/>	
• Trattamenti e terapie preliminari/attuali		<input type="radio"/>
• Sonno		<input type="radio"/>
• Nutrizione, Stato nutrizionale		<input type="radio"/>
• Bibite, Sete		<input type="radio"/>
• Mestruazioni	<input type="checkbox"/>	
• Defecazione		<input type="radio"/>
• Urinare		<input type="radio"/>
• Tosse e sputum		<input type="radio"/>
• Medicamenti attuali		<input type="radio"/>
• Interventi subiti	<input type="checkbox"/>	
• Malattie subite	<input type="checkbox"/>	
• Vaccinazioni subite	<input type="checkbox"/>	
• Anamnesi familiare	<input type="checkbox"/>	
• Allergie, Intolleranze		<input type="radio"/>
• Stato generale		<input type="radio"/>
• Malattie croniche (pro memoria):		<input type="radio"/>
1. <i>malattia cardiaca</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
2. <i>ipertonia</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
3. <i>malattie arteriali</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
4. <i>malattie venose</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
5. <i>malattie renali</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
6. <i>malattie / traumi muscolari</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
7. <i>malattie / traumi ossee / articolari</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
8. <i>malattie infettive ricidive</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
9. <i>debolezze immunitarie</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
10. <i>malattie polmonari</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
11. <i>malattie dei tratti respiratori</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
12. <i>malattie ematiche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
13. <i>malattie epatiche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
14. <i>malattie pancreatiche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
15. <i>malattie di cistifellea/tratti biliari</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
16. <i>malattie del esofago</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
17. <i>malattie gastriche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
18. <i>malattie intestinali</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
19. <i>malattie metaboliche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
20. <i>malattie apparato motorio</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
21. <i>malattie cervellari</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
22. <i>malattie nervose</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
23. <i>malattie psichiche/sociali</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
24. <i>malattie puramente ereditarie</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
25. <i>malattie veneriche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
26. <i>malattie della milza</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
27. <i>malattie tiroidali</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:
28. <i>altre malattie croniche</i>	<input type="checkbox"/>	Diag.:

Allegati: _____ / _____ Documenti visti

Osservazioni, Sospetti, Consigli: _____

Data: _____ Firma terapeuta: _____