

DATI PERSONALI

(da compilare in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ N. _____ CITTA' _____ CAP _____ PROV _____

TELEFONO-CASA: _____ UFF. _____ CELL _____

DATA E LUOGO DI NASCITA ____ / ____ / ____ - _____

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

PROFESSIONE _____ MEDICO CURANTE _____

Quale dei nostri pazienti l'ha indirizzata al nostro studio? _____

Qual è il disturbo che l'ha convinta a rivolgersi a noi? _____

Da quanto tempo ha questo disturbo? _____

Ha avuto trattamenti chiropratici prima? _____ Se si, data dell'ultimo trattamento _____

Quali attività aggravano i suoi disturbi? _____

Questi disturbi sono in progressivo peggioramento? _____

Altri disturbi _____

Descriva eventuali interventi chirurgici subiti e relative date _____

Prodotti farmaceutici che Lei prende adesso _____

Descriva quale trauma ha riportato in seguito all'incidente (contusione, frattura/e, colpo di frusta, ecc.)? _____

**PER VALUTARE IL VOSTRO STATO DI SALUTE VI PROPONIAMO DI
RISPONDERE CON UNA CROCE ALLE SEGUENTI DOMANDE:**

MALATTIE E DISTURBI

Cancro Eczema Anemia Disturbi cardiovascolari
Disturbo psicologico Tubercolosi Osteoporosi Diabete

GENERALE

O. F. C.*

Allergie
Sudore
Vertigini
Fatica eccessiva
Febbre
Mal di testa
Insonnia
Nervosismo
Depressione
Nevralgie
Tremore

GASTRO-INTESTINALE

O. F. C.*

Eruttazioni o gas
Stitichezza
Diarrea
Digestione difficile
Gonfiore dell'addome
Fame o sete eccessiva
Vomito
Mal di stomaco
Disturbi di fegato
Nausea

**MUSCOLI E
ARTICOLAZIONI**

O. F. C.*

Artriti
Borsiti
Dolore interscapolare
Male di schiena
Mal di collo o rigidità

Male o intorpidimenti a:
Gambe
Braccia
Piedi
Mani

GENITO-URINARI

O. F. C.*

Incontinenza notturna
Sangue nell'urina
Disturbi da prostata
Urinazione dolorosa
Infezione ai reni o calcoli

CARDIO-VASCOLARE

O. F. C.*

Pressione del sangue alta
Pressione del sangue bassa
Tachicardia
Bradicardia

**OCCHI, ORECCHIE
NASO E GOLA**

O. F. C.*

Mal di gola
Raffreddore
Rumori nelle orecchie
Ghiandole ingrossate.
Mal d'orecchie
Sinusiti
Disturbi di tiroide

PER DONNE SOLAMENTE

O. F. C.*

Mestruazione dolorosa
Flusso mestruale eccessivo
Ciclo irregolare
Sintomi di menopausa

RESPIRATORIO

O. F. C.*

Asma
Tosse cronica
Respirazione difficile
Catarro

ALTRO

ANAMNESI FAMILIARE

Indicare quali dei seguenti famigliari soffrono degli stessi problemi come me:

Padre Madre Sorella Fratello Coniuge Bambino

*NB O. = Occasionale F. =Frequente C. = Costante