



Nome: _____

Data: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ____/____/____

Occupazione: _____

Età: _____

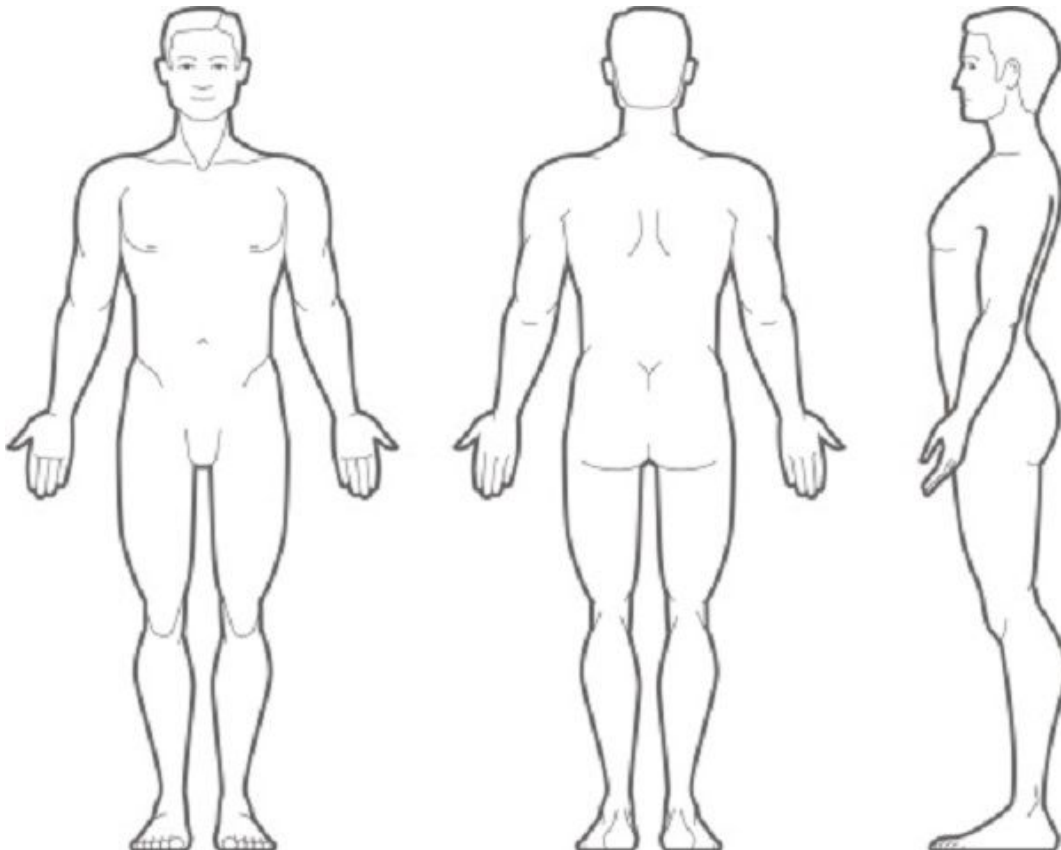
STORIA CLINICA

Quali sono i motivi della tua visita :

- Sollievo dai sintomi
- Migliorare le performance nel lavoro/nel tempo libero
- Migliorare la tua salute/la qualità di vita

Hai subito di recente un incidente? SI NO

Evidenzia le aree di dolore (D), formicolio (F), e deficit sensoriale (S) e dai un voto da 1 a 10 a seconda della gravità dei sintomi.



STORIA FAMILIARE (genitori e nonni)			Bruciore di stomaco	Si	No
Si	No	Diabete	Dolore/ gonfiore addominale	Si	No
Si	No	Patologie renali	Variazione nella forma/consistenza/colore delle feci	Si	No
Si	No	Ipertensione	Patologie della cistifelea	Si	No
Si	No	Patologie cardiovascolari	Patologie epatiche	Si	No
Si	No	Patologie muscoloscheletriche	Patologie del pancreas	Si	No
Si	No	Tumori	Meteorismo	Si	No
Si	No	Ictus	Diarrea / stitichezza	Si	No
STORIA PERSONALE			Celiachia	Si	No
Si	No	Recenti variazioni di peso Quanto _____ Perché _____	Ernia: latale Femorale Inguinale	Si	No
Si	No	Febbre	Altre condizioni/disturbi gastrointestinali	Si	No
Si	No	Sudorazioni inspiegabili	Difficoltà nella respirazione	Si	No
Si	No	Allergie ricorrenti	Tubercolosi	Si	No
Si	No	Sanguinamenti / lividi	Infezioni respiratorie/polmonite	Si	No
Si	No	Malessere / fatica	Altre condizioni/disturbi respiratori	Si	No
Si	No	Tumori	Palpitazioni	Si	No
Si	No	Patologie della tiroide	Svenimenti	Si	No
Si	No	Diabete : Tipo I _____ Tipo II _____	Dolore toracico : Tipo _____ Frequenza _____	Si	No
Si	No	Distacco della retina	Improvviso dolore ai polpacci	Si	No
Si	No	Ipodente	Ipertensione	Si	No
Si	No	Ipovedente	Altre condizioni/disturbi cardiovascolari	Si	No
Si	No	Acufene	Minzione frequente : Numero di volte _____	Si	No
Si	No	Epistassi	Sete eccessiva	Si	No
Si	No	Congestione/dolore nasale	Urgenza urinaria	Si	No
Si	No	Mutamenti nella voce	Esitazione urinaria	Si	No



Si	No	Difficoltà a masticare/ deglutire	Difficoltà nel trattenere l'urina	Si	No
Si	No	Ghiandole ingrossate	Infezioni urinarie	Si	No
Si	No	Nausea /vomito	Infezioni renali	Si	No
Si	No	Ulcera	Altre condizioni / disturbi genito-urinari	Si	No
Si	No	Dismenorrea	Dolore iliosacrale	Si	No
Si	No	Amenorrea	Condizioni / disturbi delle :		
Si	No	Periodi irregolari	Gambe S D	Si	No
Si	No	Menopausa	Ginocchia S D	Si	No
Si	No	Endometriosi	Caviglie S D	Si	No
Si	No	Gravidanze? Quante?	Piedi S D	Si	No
Si	No	Sei in stato di gravidanza?	Condizioni / disturbi delle:		
		di quanti mesi?	Spalle S D	Si	No
		hai nausea?	Braccia S D	Si	No
		diabete?	Mani S D	Si	No
		ipertensione?	Fratture / slogature / stiramenti?	Si	No
Si	No	Irritazione della pelle	TIPO DATA		
Si	No	Variazione dimensione dei nei			
Si	No	Dolori cutanei			
Si	No	Variazione della consistenza/ forma delle unghie			
Si	No	Variazione della consistenza dei capelli			
Si	No	Mal di testa : Tipo _____ Frequenza _____	Farmaci e/o gli integratori? Quali:	Si	No
Si	No	Convulsioni / epilessia	Pensi di avere una dieta sana?	Si	No
Si	No	Debolezza muscolare	Consumi caffeina?	Si	No
Si	No	Traumi cranici	Consumi alcool?	Si	No
Si	No	Ictus	Quanta acqua bevi?	Si	No
Si	No	Rottura / ernie dei dischi vertebrali	Segui una dieta speciale?	Si	No
Si	No	Rigidità delle articolazioni	Fai sport?	Si	No
Si	No	Perdita di motilità	Che tipo?		



Si	No	Dolore alle articolazioni	Con che frequenza?		
Si	No	Gonfiore delle articolazioni	Fumi?	Si	No
Si	No	Crampi muscolari	Quante sigarette al giorno?		
Si	No	Dolore cervicale	Da quanti anni?		
Si	No	Dolore vertebre toraciche	Dispositivi cardiaci?	Si	No
Si	No	Dolore lombare	Protesi ortopediche/estetiche o di qualunque altro tipo?	Si	No

