

Cognome / Nome / Data di nascita: _____

Questionario medico

Gentile paziente

Per poterle offrire la migliore assistenza possibile, le chiediamo di rispondere alle seguenti domande prima del primo appuntamento.

Soffre di malattia	Sì	No	Se sì, quale/quando?
▪ del cuore o della circolazione (pressione sanguigna, aritmia, trombosi, embolia polmonare)?	☐	☐	
▪ dei polmoni o del sistema respiratorio?	☐	☐	
▪ dello stomaco, dell'intestino, del fegato o della cistifellea?	☐	☐	
▪ del rene e/o della vescica?	☐	☐	
▪ della testa o del sistema nervoso (epilessia, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, demenza)?	☐	☐	
▪ del metabolismo (diabete, tiroide, ecc.)?	☐	☐	
▪ degli organi sessuali o della funzione sessuale?	☐	☐	
▪ del sistema muscolo-scheletrico, dei muscoli o della schiena?	☐	☐	
▪ dovuta ad un tumore?	☐	☐	
È o è stata/o in cura da uno psichiatra/psicologo?	☐	☐	
Beve alcolici? Se sì, quanto?	☐	☐	
Fuma? Se sì, quanto?	☐	☐	

Soffre di malattia	Sì	No	Se sì, quale/quando?
Fa o ha fatto uso di droghe?	☐	☐	
Fa sport regolarmente? Se sì, che tipo di sport?	☐	☐	
Sta assumendo dei farmaci?	☐	☐	
Ha subito operazioni, incidenti o malattie gravi?	☐	☐	
Soffre di un'allergia?	☐	☐	
Ha già fatto delle vaccinazioni?	☐	☐	
I suoi genitori, fratelli o sorelle sono affetti da malattie come cardiopatie, ictus, epilessia, tumori, diabete, ipertensione o altre?	☐	☐	
È single?	☐	☐	Se no: Vive con un/a partner? ☐ Sì ☐ No
Altre informazioni importanti:			

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

Il suo team Sanacare