



Controllo sanitario – Questionario anamnestico

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

altezza (cm) _____ peso (kg) _____ professione attuale _____

Medico curante dott. _____

Fuma? Se sì quante sigarette al dì? _____ Da quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Beve alcoolici? Se sì quanti bicchieri di vino al giorno? _____ Quanti di superalcoolici? _____	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Prende medicine regolarmente? Se sì quali e in quali dosi?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Porta apparecchi acustici?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Porta occhiali o lenti a contatto?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ha consultato il Suo medico recentemente? Se sì per quale motivo?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO



Ha avuto di recente visite specialistiche? Se sì quali e perché?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto ricoveri di recente? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto traumi di recente? Se sì quali ? Ha avuto una ripresa totale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha fatto analisi cliniche nell'ultimo anno? Ha il referto ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si è sottoposto di recente ad indagini strumentali? Se sì quali e perché.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto nell'ultimo anno eventi stressanti? (lutti, problemi affettivi, problemi lavorativi.....)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai sofferto di disagi psicologici (ansia, depressione.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La sua alimentazione è corretta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La qualità del suo sonno è buona? Quante ore dorme la notte?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Che lavoro fa? Quante ore lavora ogni settimana?	
È un turnista?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sul luogo di lavoro viene sottoposto a visite periodiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Le sono state fatte delle limitazioni alla sua attività lavorativa? (movimentazione dei carichi.....)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È sposato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha figli? Se sì i suoi figli sono in buona salute?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I suoi genitori sono viventi? Se sì sono in buona salute?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nella sua famiglia ci sono casi di malattie cardiovascolari, o diabete, o m. eurologiche, o m. psichiatriche, o malattie metaboliche (diabete....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Se di sesso femminile, pensa ci sia la possibilità di essere incinta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se di sesso femminile: ha avuto gravidanze? Se sì, in che anno? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È mai stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni? Indichi l'anno per favore Antitetanico difterica Anti Epatite B Altre vaccinazioni?	
Ha mai avuto interventi chirurgici? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto incidenti? Se sì quali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto infortuni sul lavoro? Se sì per quale motivo e in che anno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre di allergie o di ipersensibilità (asma, raffreddore da fieno, allergie da contatto, allergie a farmaci)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riesce a salire 10 gradini senza bisogno di fermarsi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riesce a fare 10 flessioni senza provare dolore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie cardiache (infarto, angina, difetti cardiaci, aritmie)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di pressione alta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie vascolari (disturbi circolatori, vene varicose, trombosi, tromboflebiti)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie respiratorie (asma, bronchite cronica, enfisema polmonare, tubercolosi...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del fegato (epatite..)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie dei reni e delle vie urinarie (nefriti, pielonefriti, calcoli renali)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Soffre o ha sofferto in passato di malattie gastrointestinali (ulcera, gastrite, colite)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie metaboliche (diabete mellito)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di) malattie della tiroide (iper o ipotiroidismo)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del sistema nervoso (epilessia, emiparesi....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie dello scheletro (protrusioni erniarie della colonna vertebrale, patologie del ginocchio.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie muscolari (strappi m., miositi, crampi notturni.....)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di malattie del sangue (anemia...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di tendenza al facile sanguinamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di glaucoma o di altre malattie dell'occhio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha da fare segnalazioni sulla sua salute?	
Se sì quali?	
-	
-	
-	
-	
Si allega:	
-	
-	



-	
-	

Data,

dr.....

timbro