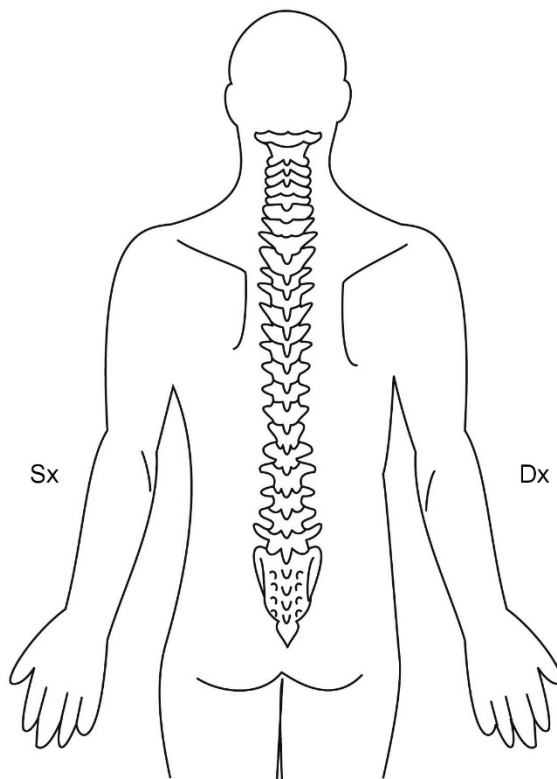


STORIA CLINICA PERSONALE
Nome del paziente _____ **Nato/a il** _____ **Data** _____

Il presente modulo deve essere compilato prima del consulto e inviato via email all'indirizzo sopraindicato. Dopo averlo ricevuto, ti contatteremo sempre tramite email per fissare il tuo primo consulto. Ti preghiamo di compilare il questionario sulla storia clinica personale. Se hai a disposizione eventuali risultati di esami, ecc., allegali pure all'email assieme a qualunque altra informazione rilevante non riportata in questo modulo. Tutte le informazioni da te fornite sono strettamente confidenziali. Spunta il grado (O, F, C) riferito a ciascun disturbo di cui soffri o hai sofferto. Per comprendere e valutare il tuo caso, abbiamo bisogno della tua storia clinica completa.

O = Occasionale			F = Frequente			C = Costante					
O F C						O F C					
Muscoli / articolazioni			Pelle			Cardiovascolari					
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐							

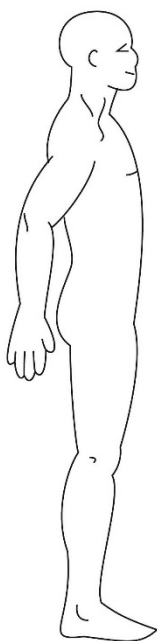
Disegna sullo schema la tua scoliosi, se possibile.



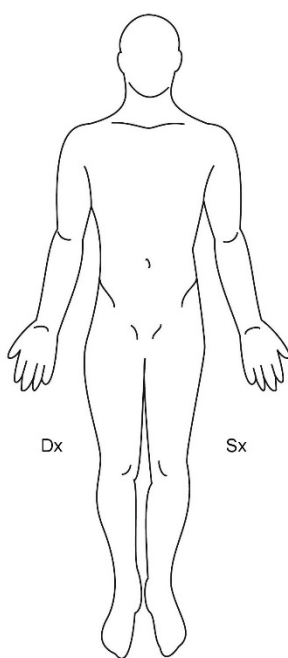
Dietro

Indica le zone in cui provi dolore nelle immagini qui sotto.

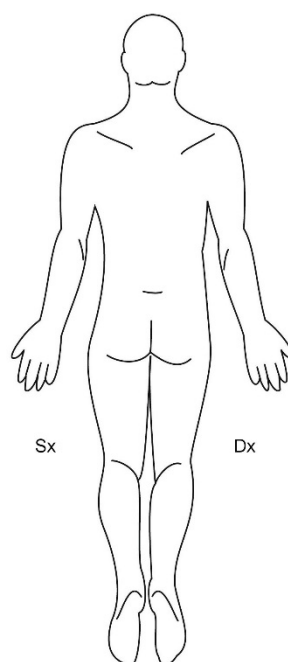
SIMBOLI	Intorpidimento	"Punture di spilli"	Irrigidimento	Dolore
	OOOOO	●●●●●	XXXXX	VVVVV



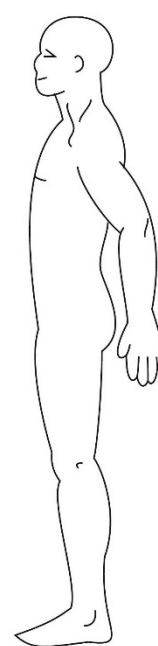
Destra



Fronte



Dietro



Sinistra