

MODULO VISITA

DATA

COGNOME		NOME	
RESIDENZA		CITTA' - C.A.P.	
PROFESSIONE		DATA DI NASCITA	
COD. FISC.		TEL. FISSO	
E-MAIL		CELLULARE	

PESO*		ALTEZZA*		ETA'*	
PETTO*		VITA*		ADDOME*	
FIANCHI*		COSCIA DX*		COSCIA SX*	
CAVIGLIA DX*		CAVIGLIA SX*		COLLO*	
BRACCIO DX*		BRACCIO SX*			
MASSA G.*		MASSA M.*			

PRESSIONE*		BATTITI*		PULSAZ.*	N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	IMC*	
-------------------	--	-----------------	--	-----------------	---	-------------	--

ANALISI DEL SANGUE*			
----------------------------	--	--	--

*** COMPILAZIONE RISERVATA ALLA DOTTORESSA**

FUMATORE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	ATTIVITA' FISICA	LIEVE <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/>
-----------------	---	-------------------------	--

INTERVENTI		
ALLERGIE		
INTOLLERANZE		

SPAZIO RISERVATO ALLA DOTTORESSA*		

ALIMENTI PREFERITI		

ALIMENTI NON GRADITI		

SPUNTINO???	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> QUALE?
--------------------	---

TIPO DI PASTO	DOVE LO CONSUMA	ALIMENTI ASSUNTI	SPAZIO DELLA DOTTORESSA
PRIMA COLAZIONE			
PRANZO DI MEZZOGIORNO			
SPUNTINO			
CENA			
DOPO CENA???			