



SCHEDA ANAMNESTICA MUSCOLO-SCHELETRICA

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Tratto da esaminare: _____ Destra Sinistra

Motivo dell'esame: _____

Dove ha dolore: davanti dietro a destra a sinistra sopra sotto

Ha dolore di notte? sì no

Ha subito fratture ossee? sì no

Ha dolore durante il movimento? sì no

Il dolore è: aumentato diminuito invariato

E' mai stato operato in questa zona? sì no

Ha fatto altri esami? sì no

Ha fatto visite specialistiche? sì no

Ha preso farmaci? sì no

Qualora avesse eseguito precedenti indagini radiologiche della regione corporea esaminata, la preghiamo di fornire la documentazione (Immagini e referti).

Data _____