



QUESTIONARIO PAZIENTE PER LA PRIMA VISITA

DATI ANAGRAFICI	
NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
CELLULARE	
E-MAIL	
CODICE FISCALE	

ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE	
FAMILIARI IN SOVRAPPESO/AFFETTI DA OBESITA'	☐ SI ☐ NO
PATOLOGIE FAMILIARI RICORRENTI (es. diabete, malattie autoimmuni, tumori, allergie, malattie neurodegenerative, malattie cardiovascolari, celiachia ecc.)	

ANAMNESI PATOLOGICA	
PATOLOGIE IN ATTO	
OPERAZIONI CHIRURGICHE	
ALLERGIE (diagnosticate da un allergologo)	
INTOLERANZA AL LATTOSIO (diagnosticata tramite breath test)	☐ SI ☐ NO
FARMACI	
INTEGRATORI	
MEDICO CURANTE	

STILE DI VITA	
SONNO REGOLARE	☐ SI ☐ NO Eventuali annotazioni:
ATTIVITA' LAVORATIVA	
ATTIVITA' FISICA (che tipo di attività, quante volte a settimana, per quanto tempo)	
FUMATORE/FUMATRICE	☐ SI ☐ NO
PASSI GIORNALIERI STIMATI	☐ Meno di 4000 ☐ 4000 – 8000 ☐ Più di 8000



INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SULLO STATO DI SALUTE SPECIFICO

ALVO (stitico, regolare, feci morbide, diarrea, flatulenza ecc.)	
DIGESTIONE (regolare, lenta, reflusso, gonfiore, nausea e aerofagia, dolore ecc..)	
PRESENZA DI PATOLOGIE GASTROINTESTINALI (es. ernia iatale, colite, diverticoli, reflusso ecc.)	☐ SÌ ☐ NO Che tipo di patologia: Come è stata diagnosticata: Eventuali annotazioni:

ABITUDINI ALIMENTARI

CIBI NON GRADITI	
CIBI PER CUI SI E' NOTATO UN FASTIDIO IN SEGUITO ALL'INGESTIONE	
SPUNTINI NOTTURNI	☐ SÌ ☐ NO
SPUNTINO DI META' MATTINATA	☐ SÌ ☐ NO
MERENDA DI META' POMERIGGIO	☐ SÌ ☐ NO
BEVI ALCOLICI?	☐ SÌ ☐ NO Con che frequenza?
CONSUMI ALTRE BEVANDE OLTRE L'ACQUA?	☐ SÌ ☐ NO Se sì quali?
QUANTA ACQUA BEVI?	
CON CHE FREQUENZA CONSUMI IL PASTO LIBERO (es, pizza, sushi, ristorante, mangiate in compagnia ecc.)	Descrizione degli eventi abituali:

DIARIO ALIMENTARE

Giornata tipo	
COLAZIONE	
SPUNTINO	
PRANZO	
MERENDA	
CENA	
DOPO CENA	
ACQUA GIORNALIERA (litri)	
Eventuali note	

Da allegare eventuali esami del sangue e tutta l'eventuale cartella clinica con esami di laboratorio eventualmente eseguiti, visite specialistiche e diagnosi mediche