



**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 \_\_\_\_\_