

# QUESTIONARIO

- 0.1 Nome
- 0.2 Cognome
- 0.3 Data e orario di nascita
- 0.3 Luogo di nascita
- 0.4 Indirizzo
- 0.5 Città e Provincia
- 0.6 Attività lavorativa
  
- 1.0 Di cosa soffre: descrizione dettagliata dei sintomi e degli accertamenti riguardanti la e/o le malattie
  
- 1.1 Come è stata e come è la sua vita ?
  
- 1.2 Ha avuto problemi emotivi, traumi, ecc.?
  
- 1.3 Quando è iniziata la malattia era successo qualcosa che l'ha turbata?
  
- 1.4 Come vive la sua malattia, ossia quando sta male con i suoi disturbi cosa prova (ad esempio irritazione, rancore, stanchezza della vita, scoraggiamento, ecc.)
  
- 1.5 Come reagisce verso gli altri quando sta male, preferisce star solo, in compagnia, desidera essere consolato, massaggiato?, ecc.?
  
- 1.6 Ha delle cose o delle situazioni che le creano paura, disagio, avversione?
  
- 1.7 Con quali risultati si applica alla lettura, allo studio, al lavoro, ha delle difficoltà in questi campi?
  
- 1.8 E nel campo dell'affetto?
  
- 2.1 Cosa sopporta meglio e cosa le da più noia o problemi fisici: il caldo, il freddo, l'umidità, il vento, la pioggia, i luoghi chiusi, quelli aperti, il sole, ecc.
  
- 2.2 E perché, quali fastidi Le provoca? In quali parti del corpo?
  
- 2.3 In quale orario della giornata sta meglio, in quale peggio?
  
- 2.4 Quali sono le sue abitudini alimentari, quali cibi desidera di più, quali gusti (dolce, salato, acido, ecc.), a quali è visceralmente avverso, quali Le provocano disturbi (nausea, diarrea, aria nell'addome, ecc)?
  
- 2.6 Come sono le funzioni intestinali, urinarie, la sessualità?
  
- 2.5 I mestruai sono puntuali, quanto durano, che caratteri hanno, ecc.
  
- 2.6 Come è il sonno? E' ristoratore o viceversa si sveglia stanco al mattino; ha sonno interrotto, come mai?
  
- 2.7 Descrizione libera ed ossessioni