



## REFERTO MEDICO DEL

Dottor \_\_\_\_\_  
(scrivete il vostro nome in stampatello)LA MIA DIAGNOSI  
CORRISPONDE ALLA  
MALATTIA No.SCRIVETE:  
X = DISTURBI  
O = NORMALE

	ORECCHIE	TEMPERATURA	PRESSIONE	BATTITI CARDIACI	PULSAZIONI	STOMACO	RIFLESSI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. MAL DI TESTA	X	X	o	o	X	X	o
2. OCCHI GONFI	X	X	o	X	X	o	o
3. LINGUA IMPASTATA	X	o	X	o	o	X	X
4. MAL DI GOLA	X	o	X	o	X	o	X
5. ESAURIMENTO	X	o	X	X	X	o	o
6. FEGATO INGROSSATO	X	X	X	X	o	o	o
7. GIRAMENTI DI TESTA	X	X	X	o	o	o	X
8. ORECCHIE CALDE	X	X	o	o	o	X	X
9. MANI SUDATE	X	X	X	o	o	X	o
10. PERDITA DELL'EQUILIBRIO	X	o	o	X	X	X	o
11. TESTA PESANTE	X	X	X	o	X	o	o
12. COLLO DOLORANTE	X	o	o	X	o	X	X
13. GOLA GONFIA	o	X	X	X	o	X	o
14. FISSAZIONI	o	o	o	X	X	X	X
15. PRURITO AI PIEDI	o	X	o	X	o	X	X
16. LABBRA TURGIDE	o	o	X	X	X	o	X
17. PALPITAZIONI	o	o	X	X	o	X	X
18. MAL D'AMORE	o	o	X	X	X	X	o
19. OCCHI PESTI	o	X	o	X	X	o	X
20. BRUCIORI DI STOMACO	o	X	o	o	X	X	X
21. PANCI A IN SUBBUGLIO	o	X	X	o	X	o	X
22. MALATO IMMAGINARIO	o	o	o	o	o	o	o



## REFERTO MEDICO DEL

Dottor \_\_\_\_\_  
(scrivete il vostro nome in stampatello)LA MIA DIAGNOSI  
CORRISPONDE ALLA  
MALATTIA No.SCRIVETE:  
X = DISTURBI  
O = NORMALE

	ORECCHIE	TEMPERATURA	PRESSIONE	BATTITI CARDIACI	PULSAZIONI	STOMACO	RIFLESSI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. MAL DI TESTA	X	X	o	o	X	X	o
2. OCCHI GONFI	X	X	o	X	X	o	o
3. LINGUA IMPASTATA	X	o	X	o	o	X	X
4. MAL DI GOLA	X	o	X	o	X	o	X
5. ESAURIMENTO	X	o	X	X	X	o	o
6. FEGATO INGROSSATO	X	X	X	X	o	o	o
7. GIRAMENTI DI TESTA	X	X	X	o	o	o	X
8. ORECCHIE CALDE	X	X	o	o	o	X	X
9. MANI SUDATE	X	X	X	o	o	X	o
10. PERDITA DELL'EQUILIBRIO	X	o	o	X	X	X	o
11. TESTA PESANTE	X	X	X	o	X	o	o
12. COLLO DOLORANTE	X	o	o	X	o	X	X
13. GOLA GONFIA	o	X	X	X	o	X	o
14. FISSAZIONI	o	o	o	X	X	X	X
15. PRURITO AI PIEDI	o	X	o	X	o	X	X
16. LABBRA TURGIDE	o	o	X	X	X	o	X
17. PALPITAZIONI	o	o	X	X	o	X	X
18. MAL D'AMORE	o	o	X	X	X	X	o
19. OCCHI PESTI	o	X	o	X	X	o	X
20. BRUCIORI DI STOMACO	o	X	o	o	X	X	X
21. PANCI A IN SUBBUGLIO	o	X	X	o	X	o	X
22. MALATO IMMAGINARIO	o	o	o	o	o	o	o



## REFERTO MEDICO DEL

Dottor \_\_\_\_\_  
(scrivete il vostro nome in stampatello)LA MIA DIAGNOSI  
CORRISPONDE ALLA  
MALATTIA No.SCRIVETE:  
X = DISTURBI  
O = NORMALE

	ORECCHIE	TEMPERATURA	PRESSIONE	BATTITI CARDIACI	PULSAZIONI	STOMACO	RIFLESSI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. MAL DI TESTA	X	X	o	o	X	X	o
2. OCCHI GONFI	X	X	o	X	X	o	o
3. LINGUA IMPASTATA	X	o	X	o	o	X	X
4. MAL DI GOLA	X	o	X	o	X	o	X
5. ESAURIMENTO	X	o	X	X	X	o	o
6. FEGATO INGROSSATO	X	X	X	X	o	o	o
7. GIRAMENTI DI TESTA	X	X	X	o	o	o	X
8. ORECCHIE CALDE	X	X	o	o	o	X	X
9. MANI SUDATE	X	X	X	o	o	X	o
10. PERDITA DELL'EQUILIBRIO	X	o	o	X	X	X	o
11. TESTA PESANTE	X	X	X	o	X	o	o
12. COLLO DOLORANTE	X	o	o	X	o	X	X
13. GOLA GONFIA	o	X	X	X	o	X	o
14. FISSAZIONI	o	o	o	X	X	X	X
15. PRURITO AI PIEDI	o	X	o	X	o	X	X
16. LABBRA TURGIDE	o	o	X	X	X	o	X
17. PALPITAZIONI	o	o	X	X	o	X	X
18. MAL D'AMORE	o	o	X	X	X	X	o
19. OCCHI PESTI	o	X	o	X	X	o	X
20. BRUCIORI DI STOMACO	o	X	o	o	X	X	X
21. PANCI A IN SUBBUGLIO	o	X	X	o	X	o	X
22. MALATO IMMAGINARIO	o	o	o	o	o	o	o



## REFERTO MEDICO DEL

Dottor \_\_\_\_\_  
(scrivete il vostro nome in stampatello)LA MIA DIAGNOSI  
CORRISPONDE ALLA  
MALATTIA No.SCRIVETE:  
X = DISTURBI  
O = NORMALE

	ORECCHIE	TEMPERATURA	PRESSIONE	BATTITI CARDIACI	PULSAZIONI	STOMACO	RIFLESSI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. MAL DI TESTA	X	X	o	o	X	X	o
2. OCCHI GONFI	X	X	o	X	X	o	o
3. LINGUA IMPASTATA	X	o	X	o	o	X	X
4. MAL DI GOLA	X	o	X	o	X	o	X
5. ESAURIMENTO	X	o	X	X	X	o	o
6. FEGATO INGROSSATO	X	X	X	X	o	o	o
7. GIRAMENTI DI TESTA	X	X	X	o	o	o	X
8. ORECCHIE CALDE	X	X	o	o	o	X	X
9. MANI SUDATE	X	X	X	o	o	X	o
10. PERDITA DELL'EQUILIBRIO	X	o	o	X	X	X	o
11. TESTA PESANTE	X	X	X	o	X	o	o
12. COLLO DOLORANTE	X	o	o	X	o	X	X
13. GOLA GONFIA	o	X	X	X	o	X	o
14. FISSAZIONI	o	o	o	X	X	X	X
15. PRURITO AI PIEDI	o	X	o	X	o	X	X
16. LABBRA TURGIDE	o	o	X	X	X	o	X
17. PALPITAZIONI	o	o	X	X	o	X	X
18. MAL D'AMORE	o	o	X	X	X	X	o
19. OCCHI PESTI	o	X	o	X	X	o	X
20. BRUCIORI DI STOMACO	o	X	o	o	X	X	X
21. PANCI A IN SUBBUGLIO	o	X	X	o	X	o	X
22. MALATO IMMAGINARIO	o	o	o	o	o	o	o