

Michele Mirante

Via Sant Antonio, 15 – Martelletto di Settingiano -CZ

Si riceve solo per appuntamento: Tel. 3346182928

Iscrizione Reg. Nazionale dei Naturopati: ASPIN CZ131NA

**ANAMNESI NATUROPATICA**

***Analisi dello stile di vita***

* La gravidanza della madre è stata regolare? SI NO
* Il parto è stato naturale? SI NO
* E’ stato/a allattato al seno? SI NO
* Se si per quanto tempo? ……………………
* Quali reazioni si sono manifestate dopo la vaccinazione? ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….

* Da piccolo/a si è sofferto di malattie ricorrenti? SI NO
* Si sono assunti farmaci? SI NO
* Se si per quanto tempo? …………………………………………………………………………………….
* Che tipo di farmaci? …………………………………………………………………………………………….
* Si è sofferto delle tipiche malattie infantili? SI NO
* Se si come sono state superate? ………………………………………………………………………….
* E’ stato/a ricoverato/a in ospedale? SI NO
* Stato di salute di eventuali fratelli/sorelle …………………………………………………………..
* Struttura fisica da bambino/a ……………………………………………………………………………
* Carattere da bambino/a ……………………………………………………………………………………..
* E’ cambiato nel tempo SI NO
* Quali erano le abitudini alimentari? ……………………………………………………………………
* Qual’era il rendimento scolastico? ……………………………………………………………………….
* Come erano vissute le amicizie? …………………………………………………………………………..
* Tipologia di lavoro SEDENTARIO ATTIVO
* Lavoro………. STRESSANTE GRATIFICANTE
* Si è esposto/a ad agenti chimici o tossici? SI NO
* A che ora ci si sveglia e si va a dormire? ……………. …………
* Come ci si reca al lavoro? ……………………………………………………………………………………………………..
* Quanto tempo si impiega per raggiungerlo? …………………………………………………………………………
* Si è soddisfatto del proprio impiego? SI NO
* Ci sono tensioni con capi o colleghi SI NO
* Si abita vicino a fonti di inquinamento elettromagnetico? SI NO
* Si coltivano degli hobby? SI NO
* Si pratica qualche sport? SI NO
* Con quale frequenza?.....................................................................................................................................................
* La vita di relazione è buona conflittuale
* La vita sessuale è soddisfacente? SI NO
* Si hanno o si hanno avuto vizi? (fumo ecc.) SI NO
* Si fa o si è fatto uso di droghe? SI NO
* Si hanno abitudini igieniche adeguate? SI NO

Di che tipo?…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Si seguono o si sono seguiti in passato altre cure naturali?

***Analisi delle abitudini alimentari***

* Cosa si magia a colazione, pranzo e cena?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Si mangia fuori pasto? SI NO

Cosa?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Cosa si beve durante i pasti e durante la giornata?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Quali sono abitualmente gli orari in cui consumi i pasti principali?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Quali cibi preferisci?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Quali cibi eviti?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Quali vizi alimentari ti concedi?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Si sono seguite diete? SI NO

Quali?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Si assumono integratori alimentari? SI NO

Quali?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….



Michele Mirante

Via Sant Antonio, 15 – Martelletto di Settingiano -CZ

Si riceve solo per appuntamento: Tel 3498545168

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

Valutazione: Insufficiente, Sufficiente, Buono, Ottimo.

|  |  |
| --- | --- |
| ENERGIA GENERALE |  |
| UMORE |  |
| APPETITO |  |
| DIGESTIONE |  |
| EVAQUAZIONE DELL’INTESTINO |  |
| EVACQUAZIONE DELLA VISCICA |  |
| REGOLARITA’ DEL SONNO |  |
| RISVEGLIO AL MATTINO |  |
| CAPACITA’ DI RECUPERO DELLA STANCHEZZA |  |
| DOLORI ALLE OSSA |  |
| MAL DI TESTA |  |
| ASPETTO DELLA PELLE |  |
| ASPETTO DELLE UNGHIE |  |
| ASPETTO DEI CAPELLI |  |
| TEMPERATURA CORPOREA |  |
| CIRCOLAZIONE NEGLI ARTI INFERIORI |  |
| MANI E PIEDI FREDDI |  |
| MANI ARROSSATE O SUDATE |  |
| AUMENTO PESO |  |
| REGOLARITA’ DEL CICLO MESTRUALE |  |
| SINDROME PREMESTRUALE |  |
| DISTURBI SPECIFICI (BREVE DESCRIZIONE) |  |

**NOME………………………………………………………………………………….**

Valutazione: Insufficiente, Sufficiente, Buono, Ottimo.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |