

Timbro del Medico

CERTIFICATO MEDICO

Esito della visita medica praticata al/alla Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ prov. _____ il _____ e residente in _____
prov. _____ Via _____ CAP _____

1. ANAMNESI

Famigliare e Fisiologica _____

Patologia Remota _____

Patologia Prossima _____

2. ESAME OBIETTIVO

Condizioni generali del fisico _____

Altezza _____ Peso _____ Apparato circolatorio _____

Pressione arteriosa _____

Apparato respiratorio _____

Apparato urogenitale _____

Sistema nervoso _____

Organi vari _____

3. DIAGNOSI

4. PRESENZA MALATTIE INFETTIVE

5. TERAPIE IN ATTO

DATA _____

IL MEDICO _____
