

Nome	Cognome	Data di nascita
-------------	----------------	------------------------

Luogo di nascita	Email	Sesso
-------------------------	--------------	--------------

M F

Residenza		
------------------	--	--

Tipo strada	Strada	N. civico
--------------------	---------------	------------------

Cap	Comune
------------	---------------

Stile di Vita	Peso(kg)	Altezza(cm)
----------------------	-----------------	--------------------

Sportivo Sedentario

Ciclo Mestruale		
------------------------	--	--

1^a mestruazione	Durata (gg)	Regolarità	N.gravidanze
-----------------------------------	--------------------	-------------------	---------------------

anni

Si No

Farmaci		
----------------	--	--

Area interventi chirurgici		
-----------------------------------	--	--

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---	---