

Nome		Cognome		Data di nascita	
Luogo di nascita		Email		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Residenza					
Tipo strada		Strada		N. civico	
Cap		Comune			
Stile di Vita <input type="checkbox"/> Sportivo <input type="checkbox"/> Sedentario		Peso(kg)		Altezza(cm)	
Ciclo Mestruale					
1 ^a mestruazione anni		Durata (gg)	Regolarità <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N.gravidanze	
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	