



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI M.D.C.

### *Dati Paziente*

Cognome.....

Nome .....

Data e luogo di nascita.....

*Soffre di allergie?* ..... SI NO

*A cosa?*

.....

*Ha avuto disturbi?* .....SI NO

*Cutanei?* .....SI NO

*Respiratori?* .....SI NO

*Altro?* .....

Firma del Paziente

Data

.....

.....