

## QUESTIONARIO: RIABILITAZIONE DELLA TERZA ETÀ'

### DATI GENERALI

**Cognome:** ..... **Nome:** ..... **Età:** .....

Svolge qualche attività lavorativa?

*Sì*                      *NO*

Ha qualche passatempo (hobbies)?

*Sì*                      *NO*

Se sì quali? \_ \_ \_ \_ \_

### ATTIVITÀ MOTORIA

1) È la prima volta che frequenta un corso di ginnastica?

*Sì*                      *No*

2) Se no, da quanti anni lo frequenta? \_ \_ \_ \_ \_

3) Perché ha scelto di partecipare al corso?

*Per ritrovare una buona condizione fisica*      *Per salute*  
*Per divertimento*                                      *Per stare in compagnia*  
*Altro* \_ \_ \_ \_ \_

### ATTIVITÀ SPORTIVA

4) Ha praticato un'attività sportiva?

*Mai*                      *Da giovane*                      *Sempre*

5) Ora pratica un'attività sportiva?

*Sì*                      *No (vai alla domanda n°10)*

6) Se sì, quale?

*Nuoto*                      *Pesca*                      *Ciclismo*                      *Sci*  
*Pattinaggio*              *Tennis tavolo*              *Ballo liscio*              *Bocce*  
*Atletica leggera*                                      *Altro*

7) Quanti mesi all'anno dedica all'attività sportiva? \_ \_ \_ \_

8) In questi mesi, quanti giorni alla settimana dedica all'attività sportiva?

*1*                      *2*                      *3*                      *4*                      *più di 4*

9) Per quante ore alla settimana?

*1-2*                      *3-4*                      *5-6*                      *più di 6*

10) Se no, le piacerebbe praticare un'attività sportiva?

*Sì*                      *No*

11) Se sì, quale? \_ \_ \_ \_ \_

## QUADRO CLINICO

12) Ha mai avuto episodi clinici?

Sì                  No

13) Ha mai avuto o ha disturbi cardiovascolari?

Sì                  No

14) Se sì, quali?

Ipertensione arteriosa                          Infarto

Arteriopatia obliterante cronica                  Altro

15) Ha mai avuto o ha disturbi respiratori?

Sì                  No

16) Se sì, quali?

Bronchite                          Asma                          Altro

17) Ha mai avuto o ha disturbi digestivi?

Sì                  No

18) Se sì, quali?

Digestione difficoltosa                  Stitichezza                          Altro

19) Ha mai avuto o ha disturbi metabolici?

Sì                  No

20) Se sì, quali?

Diabete      Gotta                          Altro

21) Ha mai avuto o ha disturbi osteo - articolari?

Sì                  No

22) Se sì, quali?

Artrosi      Osteoporosi                          Fratture      Altro

23) Soffre di particolari patologie?

Sì                  No

24) Se sì, quali? \_ \_ \_ \_ \_