

ANAMNESE

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTADO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

2. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Número de horas trabalhadas por semana: Menos de 20 20 a 40 41 a 60 Mais de 60

Atividades desempenhadas no trabalho (+ de 25%)

- Sentar na cadeira Levantar ou carregar pesos Ficar de pé
 Caminhar Dirigir Outros

Observações:

3. HISTÓRICO MÉDICO

Data do último exame físico e/ou médico:

Marque aquele(s) que tenha(m) tido alguma cardiopatia antes dos 50 anos:

- Pai Mãe Irmão(ã) Avô/Avó

Marque as intervenções cirúrgicas que você tenha feito

- Coluna Coração Articulação Hérnia de disco
 Rim Pulmão Olhos Outra

Marque o(s) problema(s) abaixo que tenha sido diagnosticado(a) ou tratado(a) por um médico

- Alcoolismo Problema renal Enfisema Anemia
 Artrite Problemas oculares Úlcera Asma
 Diabetes Pressão arterial alta AVC Obesidade
 Problemas musculares Outros

Descreva o(s) medicamento(s) utilizado(s) nos últimos tempos:

Indique os sintomas, conforme segue:

- a) Tosse com sangue: sempre algumas vezes nunca
b) Dor abdominal: sempre algumas vezes nunca
c) Dor nas pernas: sempre algumas vezes nunca
d) Dor nos braços: sempre algumas vezes nunca
e) Dor nas costas ou pescoço: sempre algumas vezes nunca
f) Dor no peito: sempre algumas vezes nunca
g) Dores articulares: sempre algumas vezes nunca
h) Falta de ar com esforço leve: sempre algumas vezes nunca
i) Sentir-se fraco: sempre algumas vezes nunca
j) Tontura: sempre algumas vezes nunca
k) Palpitação ou batimento cardíaco acelerado: sempre algumas vezes nunca



Você possui alguma alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)	
Nos últimos tempos, você sofreu algum acidente ou lesão ósteo-articular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)	
Você possui alguma restrição à prática de atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)	
4. COMPORTAMENTO RELACIONADO À SAÚDE	
Você fuma atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se positivo, quantos cigarros por dia?	
Atualmente, você realiza alguma atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is) Frequência Duração:	
5. OBJETIVOS COM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA	
<input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Terapêutico <input type="checkbox"/> Condicionamento físico <input type="checkbox"/> Convívio social <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Outro(s)	
6. COMENTÁRIOS GERAIS	
Caso você tenha alguma informação para acrescentar, que não tenha sido perguntada neste questionário de saúde, favor registrar neste espaço.	
DATA DO PREENCHIMENTO	ASSINATURA DO ALUNO OU RESPONSÁVEL
____/____/____	
DATA DO RECEBIMENTO	ASSINATURA DO INSTRUTOR
____/____/____	