

Seu Nome

Personal Trainer

CREF 00000-G

Anamnese

Nome:

Nascimento:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Endereço:

E-mail:

Fone:

Peso:

Estatura:

FC repouso:

Qual é o seu objetivo?

Pratica atividade Física? Quais e há quanto tempo?

Faz quantas refeições por dia?

Faz dieta ou suplementação? Comente:

Dorme quantas horas por noite?

Fuma? Quantos cigarros por dia? Se parou, há quanto tempo?

Consome bebidas alcoólicas? Quais? Quantas vezes por semana?

Possui colesterol, triglicérides ou glicose altas?

Possui alguma alteração cardíaca? Algum parente com problemas cardíacos? Quem?

É hipertenso?

É diabético? Possui algum parente diabético?

Tem problemas pulmonares?

Toma algum tipo de medicamento? Qual?

Fez alguma cirurgia? Qual?

Apresenta dores na coluna, articulações ou dores musculares? Possui algum problema ortopédico diagnosticado?

Tem alguma recomendação médica para prática de atividade física?

Fez teste ergométrico (cardiovascular) ou ergoespirométrico (cardiopulmonar) recentemente - menos de 1 ano?

Qual seu peso ao nascer?

Foi uma criança / adolescente obeso ou com sobrepeso?

Seus pais são obesos ou têm sobrepeso?

Obs.:

Declaro para os devidos fins que as respostas prestadas aqui são verdadeiras e poderão ser utilizadas como referência na prescrição de atividades físicas.

Data:

Assinatura: