

Ficha de Anamnese

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Gênero: _____ Ocupação: _____
Endereço: _____ CEP: _____
CPF: _____ RG: _____ Contato: () _____
Objetivo da consulta: _____

Histórico Clínico

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Triglicérides
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Colite
<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	<input type="checkbox"/> Doenças Cardiovasculares
<input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias	<input type="checkbox"/> Problemas de circulação
<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Ansiedade
<input type="checkbox"/> Transtornos Alimentares	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Dores de Cabeça	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Tontura	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Olhos lacrimejando	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Visão Borrada	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Nariz Entupido	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Zumbido no Ouvido	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Constipação	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Alergias	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Aftas	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Perda de Cabelo	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Falta de Ar	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Insônia	<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Frequentemente
Perda de peso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Ganho de peso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Fumante?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Atividade Física?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Qualidade do sono? ☐ Mais que 9 horas ☐ Entre 7 e 9 horas
☐ Entre 4 e 7 horas ☐ Menos que 4 horas

Qualidade do sono? ☐ Boa ☐ Média ☐ Alta

Faz uso de medicamentos ou suplementos?

☐ Sim ☐ Não Quais? _____

Realizou algum procedimento cirúrgico?

☐ Sim ☐ Não Quais? _____

Padrão Alimentar

Possui alergia a algum alimento? ☐ Sim ☐ Não
Quais? _____

Tem dificuldade em deglutir alimentos? ☐ Sim ☐ Não

Como você classifica o seu apetite?
☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Baixo ☐ Não tenho apetite

Qual é a cadência de sua mastigação?
☐ Normal ☐ Como rápido ☐ Como devagar

Quem prepara as refeições na sua casa?
☐ Eu preparo ☐ Eu compro ☐ Outra pessoa prepara

Você tem o hábito de comer fora?
☐ Não ☐ As vezes ☐ Toda semana ☐ Todo dia

Hábito Intestinal e urinário

Frequência de defecação?
☐ Mais de 1 vez ao dia ☐ 1 vez ao dia ☐ 1 vez a cada 2 dias

Frequência do hábito urinário?
☐ Mais de 3 vez ao dia ☐ 1 a 3 vezes ao dia ☐ Menos de uma 1 vez a cada 2 dias

Histórico de Doenças Familiares

Observações:

Todos o dados contidos neste formulário estão protegidos sob sigilo profissional.
Eu _____ declaro que as informações acima são verdadeiras.

São José dos Campos, ____ / ____ / ____ Ass: _____