



# QUESTIONÁRIO ANAMNESE

RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO,  
MARCANDO A RESPOSTA COM UM [X]:

NOME:	DATA NASC.:	CPF:
ENDEREÇO:	CONVÊNIO:	
ESTADO CIVIL:	RELIGIÃO:	PROFISSÃO:
TELEFONE: (    )	WHATSAPP: (    )	EMAIL:

Queixa Principal (motivo da consulta) \_\_\_\_\_

Alergias?	Sim [    ]	Não [    ]	A que? _____
Acidentes?	Sim [    ]	Não [    ]	Quais? _____
Cirurgias prévias?	Sim [    ]	Não [    ]	Quais? _____
Está grávida?	Sim [    ]	Não [    ]	Última menstruação? ____/____/____
Usa anticoncepcional?	Sim [    ]	Não [    ]	
Já engravidou?	Sim [    ]	Não [    ]	Quantos filhos? _____
Medicamentos de uso Regular?	Sim [    ]	Não [    ]	Quais? _____
Possui alergia medicamentosa?	Sim [    ]	Não [    ]	Quais? _____

  

Tabagismo?	Sim [    ]	Não [    ]	Quantos cigarros por dia? _____
Etilista Social?	Sim [    ]	Não [    ]	Qual? _____
Sedentário ?	Sim [    ]	Não [    ]	Peso: _____ Kg    Altura: _____ m
Atividade física freqüente?	Sim [    ]	Não [    ]	Qual? _____
Tipo sanguíneo?	A+ [    ]	A- [    ]	B+ [    ]    B- [    ]    AB+ [    ]    AB- [    ]    O+ [    ]    O- [    ]

**Ap. Gastrointestinal:** Gastrites, azia, diarreias, vômitos, refluxo, obstipação?

**Ap. Cardiovascular:** Hipertensão, cardiopatia, arritmias, inchaço nas pernas, falta de ar?

**Ap. Neurológico:** Cefaléia crônica, convulsões, acidentes vasculares cerebrais, depressão, uso de calmantes, antidepressivos?

**Ap. Respiratório:** Pneumonia, amigdalites de repetição, sinusites, asma, enfisema?

**Ap. Circulatório:** Dores nas pernas, inchaços, varizes, manchas nas pernas?

**Ap. Endócrino:** Diabetes, doenças na tireóide, perda ou ganho de peso?

**Ap. Geniturinário:** Menopausa, andropausa, infecções urinárias, ardor miccional, cólicas renais?

**Ap. Hematológico:** Anemias, doenças auto-imunes, transfusão sanguínea?

**Mamas:** Nódulos, tumorações, saída de secreções pelo mamilo, dores, história previa de câncer na família?

**Ap. Osteomuscular:** Artrose, artrites, bursites, dores musculares, fraturas?

**Ap. Psicológico:** Depressão, ansiedade, casamento instável, ou outros problemas ou instabilidades emocionais?

Outras alterações ou patologias?

Data

Assinatura

## QUESTIONÁRIO ANAMNESE



Condição  
Observada

□ A Realizar

Realizado no Tratamento

**OBSERVAÇÕES:**

---

---

---

---

---

---

[illegible]