

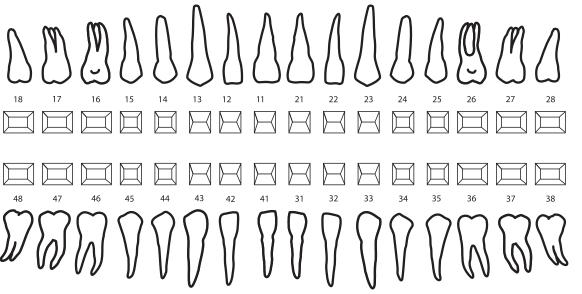
## QUESTIONÁRIO ANAMNESE

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 consu	ulta)			
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 Altı	ura: m
Atividade física freqüente?	Sim[]	Não[]	Qual?	
Tipo sanguíneo?	A+ [ ]	A-[]	B+[] B-[] AB+	[ ] AB-[ ] O+[ ] O-[ ]
Ap. Neurológico: Cefaléia crônica	, convulsões, acident	tes vasculare	es cerebrais, depressão, uso	de calmantes, antidepressivos?
Ap. Respiratório: Pneumonia, ami	gdalites de repetiçã	o, sinusites, a	asma, enfisema?	
Ap. Circulatório: Dores nas pernas	s, inchaços, varizes, n	nanchas nas	pernas?	
Ap. Endócrino: Diabetes, doenças	na tireóide, perda ou	u ganho de p	peso?	
Ap. Geniturinário: Menopausa, an	dropausa, infecções	urinárias, ar	dor miccional, cólicas renai	s?
Ap. Hematológico: Anemias, doen	ças auto-imunes, tra	ansfusão sar	nguínea?	
Mamas: Nódulos, tumorações, saíc	da de secreções pelo	o mamilo, do	res, história previa de cânco	er na família?
Ap. Osteomuscular: Artrose, atrite	s, bursites, dores mu	isculares, fra	turas?	
Ap. Psicológico: Depressão, ansied	dade, casamento ins	stável, ou out	tros problemas ou instabilid	ades emocionais?
Outras alterações ou patologias?				
				Assinatura

OBSERVAÇÕES:





Condição
 UUHUIÇAU
 01
l ()hservada





DATA	DENTE/FACES	TRABALHOS EXECUTADOS	ASSINATURA
	_		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	_		
	-		
	-		
	-		
	-		
	_	l	