

**QUESTIONÁRIO SOBRE ESTADO DE SAÚDE****1. Identificação**

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Idade:

Endereço:

Telefone:

Email:

2. Atividades da vida diáriaNúmero de horas
trabalhadas 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 aqueles(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 os problemas de saúde que você apresenta ou apresentou:

 Anemia Diabetes Pressão alterada Úlcera Artrite Enfisema Problemas musculares Outros Asma Labirintite Problemas oculares AVC Obesidade Problemas renais

Descreva o(s) medicamento(s) utilizados nos últimos meses:

Indique os sintomas, conforme segue:

a) Tosse

 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

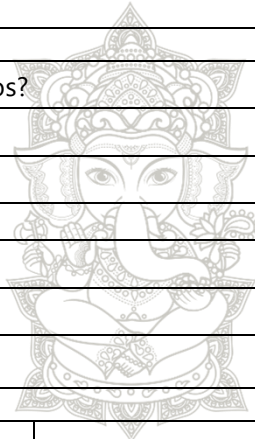
 sempre algumas vezes nunca

j) Tontura

 sempre algumas vezes nunca



k) Palpitação ou batimento cardíaco acelerado	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> algumas vezes	<input type="checkbox"/> nunca
Você possui alguma alergia?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	
Nos últimos tempos, você sofreu algum acidente?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	
Você possui alguma restrição à prática de atividade física?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	
4. Comportamento relacionado à saúde			
Você fuma atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se positivo, quantos cigarros por dias? _____	
Atualmente, você realiza alguma atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Quais? _____			
Frequência e duração _____			
Já fez ou faz alguma terapia corporal? Qual? _____			
Quais as suas condições de sono? Quantidade de horas dormidas? Há algum distúrbio?			
5. Hábitos Alimentares			
Quantas refeições diárias faz e quais os horários?			
Tem algum problema digestório? Especifique:			
Com que frequência ingere bebida alcoólica?			
6. Objetivos com a relação à atividade.			
<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"/> Outros _____	
7. Escala da dor			
Diagnóstico Médico:			
Queixa principal:			
Quando e como teve início a dor?			
Atividades que aumentam e acalmam a dor? _____			





Realizou algum tipo de tratamento anterior?	
Gestante <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Semanas:	
Histórico de gestações:	
8. Como Chegou: (Para preenchimento do Terapeuta)	
8. Comentários Gerais Caso você tenha algum dado para acrescentar, que não tenha sido perguntado neste questionário de saúde, favor registrar neste espaço.	

