

ANAMNESE

NOME: _____

TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

PROFISSÃO: _____

DATA DA CONSULTA: _____

CPF: _____

E-MAIL: _____

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

COMO VOCÊ ENCONTROU MEU TRABALHO? _____

Quantas pessoas moram na sua casa?

() pais () parentes () amigos () com esposo(a) () sozinho(a)

Você tem ou teve algum problema de saúde (Diagnóstico clínico e/ou psiquiátrico)? Caso sim, quais?

Qual é a sua história familiar de doenças crônicas?

Você está tomando algum medicamento/suplemento? Quais?

Mulheres: como está a menstruação?

Como que frequência seu intestino funciona?

Você fuma? Qual a frequência e a quanto tempo?

Você bebe (álcool)? Qual a frequência e a quanto tempo?

Como você tem dormido, qual a qualidade do seu sono?

Você pratica atividade física? Qual? Com qual objetivo e com que frequência?

QUEIXA PRINCIPAL

Qual o motivo que te traz aqui?

Seus problemas coincidiram ou começaram com algum fator positivo ou negativo da sua vida pessoal? Se sim, qual?

SOBRE A ALIMENTAÇÃO

Hoje quais são as suas maiores dificuldades frente à alimentação?

Quantas refeições você faz por dia?

Quanto tempo em média você demora para fazer uma refeição?

Quantos copos de água você toma diariamente?

Quais outros líquidos você consome?

Você costuma comer por: Ansiedade, cansaço, tédio, angústia, tristeza, estresse, raiva ou felicidade?

Você frequentemente come mais do que deveria?

Pula refeições?

Belisca o dia todo?

Come sozinho?

Come no carro?

Come na frente da TV ou do computador?

Você já fez dieta alguma vez?

sim não

Com que idade começou?

Você já fez que tipos de dieta?

Você exclui algum alimento ou nutriente da sua alimentação?

HISTÓRIA DO PESO

Você perdeu muito peso rapidamente recentemente?

Como se sente no seu corpo? Quer emagrecer onde e porque?

PESO ATUAL: _____

ALTURA ATUAL: _____

PESO DESEJADO: _____

ADULTO (MAIOR DE 18 ANOS)

PESO MÁXIMO: _____ AOS _____ ANOS

PESO MÍNIMO: _____ AOS _____ ANOS

ADOLESCENTE (DE 12 A 18 ANOS)

PESO MÁXIMO: _____ AOS _____ ANOS

PESO MÍNIMO: _____ AOS _____ ANOS

Hoje quais são suas maiores dificuldades frente a seu corpo?

Com que frequência você se pesa?
