

FICHA DE ANAMNESE

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel.Res. (____) _____ Tel.Com. (____) _____ Cel. (____) _____

Data de nasc.: _____ Profissão: _____ Estado Civil: _____

E-mail: _____

HÁBITOS DIÁRIOS

Tratamento estético anterior: Sim Não Qual: _____

Usa lentes de contato: Sim Não

Utilização de cosméticos: Sim Não Qual: _____

Exposição ao sol: Sim Não Filtro solar: Sim Não Frequência: _____

Tabagismo: Sim Não Quantidade de cigarros/dia: _____

Ingere bebida alcoólica: Sim Não Frequência: _____

Funcionamento intestinal: 1-2 vezes/semana 3-4 vezes/semana 1-2 vezes/dia +3 vezes/dia

Qualidade do sono: Boa Regular Péssima Horas/noite: _____

Ingestão de água (copos/dia): _____ Alimentação: Boa Regular Péssima

Alimentos de preferência: _____ Atividade física? Sim Não

Que Tipo: _____ Qual frequência: _____

Uso de anticoncepcional: Sim Não Qual: _____

Data da última menstruação: ____ / ____ / ____ Gestante: Sim Não

Gestações anteriores: Sim Não Quantas: _____ Há quanto tempo: _____

ANOTAÇÕES
