



Espaço Cultural em Artes Marciais
e Autoconhecimento

Aluno (a): _____ data : ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____ sexo : _____

Altura: _____(m) peso : _____(kg)

Questionário

- () Tabagismo () etilismo
() Alergia à medicamento(s) qual(is) _____
() Uso contínuo de medicamento(s) qual(is) _____

Cabeça

- () cefaléia () tonturas

Cardiovascular

- () dor no peito () palpitações () diabetes
() edema () hipertensão () hipotensão

Respiratório

- () dispnéia () asma
() Tosse () chiado

Músculo esquelético

- () Dor muscular região do corpo _____ frequencia _____
() Dor articular região do corpo _____ frequencia _____
() Desvio de coluna quais _____
() Fraturas quais _____

Cirurgias prévias _____

Internações prévias _____

Convênio médico _____

Em caso de emergências, encaminhar ao hospital _____

P.a. _____ f.c. _____

(pressão arterial) (frequência cardíaca)

Tipo sanguíneo: _____ fator rh : _____

Diagnóstico final

- () apto () não apto

Conduta _____

Assinatura do responsável

Médico responsável e CRM

Observações: em caso de menor de idade, providenciar assinatura da pessoa responsável.