

QUESTIONÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ CPF: _____

ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA TEM OU JÁ TEVE ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO? (PAIS, AVÓS, IRMÃOS, TIOS, PRIMOS, FILHOS)

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Problemas de coração			Câncer		
Pressão Alta			Depressão		
Diabetes			Reumatismo/ Artrose		
Aumento de Colesterol ou Triglicérides			Problemas de coluna		

Antecedentes Pessoais: Relacionar todas as doenças que tem ou já teve:

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Doenças do coração			Reumatismo ou dor nas juntas		
Pressão alta			Acidentes de Trabalho		
Acidentes (carro/motocicleta/atropelamento)			Adoecimento por problemas relacionados ao trabalho		
Alergias (cutânea, medicamentosa)			Cortes profundos		
Doenças de pele			Fraturas, Luxações, Entorses		
Doenças do nariz, garganta ou ouvidos			Pancadas fortes na cabeça		
Doenças do Estômago (gastrite, úlcera)			Problemas nos joelhos		
Cansaço ou fraqueza			Dores nos braços ou ombros		
Hérnias ou caroços na barriga			Diabetes		
Dores na coluna			Enxaqueca		
Dores, pedras ou infecção nos rins			Labirintite		
Crises Convulsivas			Depressão		
Internação			Tratamento com Psiquiatra		
Cirurgias			Tratamento com Psicólogo		
Fuma			Hérnias abdominais		
			Tromboses		
Mulheres:			Hérnias de disco (coluna)		
Uso de Anticoncepcional			Homens:		
Cirurgia Ginecológica			Tratamento próstata		
Fluxo menstrual normal			Exposição a riscos Ocupacionais		
Vacinação: BCG () S () N HEP. B: () S () N FEBRE AMARELA () S () N TETANO () S () N					
Como você considera seu estado de saúde atual (ÓTIMO, BOM, REGULAR, RUIM)					

Assine como prova de ter declarado a verdade: _____

Anotações Médicas:

DESCREVA ABAIXO, TODAS AS ATIVIDADES LABORATIVAS, REMUNERADAS OU NÃO, COM OU SEM REGISTRO EM CARTEIRA, QUE JÁ EXECUTOU, E POR QUANTO TEMPO (INCLUA EVENTUAIS ESTÁGIOS REALIZADOS).

INFORME COM QUE IDADE COMEÇOU A TRABALHAR E SE POSSUI OUTROS VÍNCULOS TRABALHISTAS, NO MOMENTO:

COMECEI A TRABALHAR AOS _____ ANOS, COMO _____

ATIVIDADES LABORAIS:

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

OUTROS VÍNCULOS ATUAIS: _____

Assinatura/Data: _____

CAMPO DESTINADO A ANOTAÇÕES MÉDICAS:

Data ____ / ____ / ____

Médico Examinador (Ass./Carimbo/Mat. SIAPE)