



# Histórico da Saúde Feminina

Todas as suas informações permanecerão confidenciais entre você e a Health Coach.

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:

Sobrenome:

Email: Com quanta frequência você verifica o seu e-mail? T elefone: Casa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altura:  |  Trabalho: Data de Nascimento: Peso seis meses atrás:  | Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_ Local de nascimento: \_\_\_\_\_  |
|  | Um ano atrás:\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Idade:

Peso Atual:

Você gostaria que seu peso fosse diferente? Se sim, o quê?

## INFORMAÇÃO SOCIAL

Status de relacionamento: Onde voce mora atualmente? Filhos: Animais de estimação: Ocupação: Horas de trabalho por semana:

## INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Liste suas principais preocupações com a saúde:

Outras preocupações e/ou objetivos?

Em que momento da sua vida você se sentiu melhor?

Quaisquer doenças / hospitalizações / lesões graves?

Página 2

Histórico da Saúde Feminina

I NFORMAÇÃO DE SAÚDE (continuação)

Como era / é a saúde da sua mãe? Como era / é a saúde do seu pai?

Qual é a sua descendência? Qual é o seu tipo sanguíneo?

Como está o seu sono?

Quantas horas por noite?

Você acorda durante a noite?

Porque? Qualquer dor, rigidez ou inchaço? Alguma Constipação / Diarreia / Gases?

Alergias ou sensibilidades? Por favor explique:

## SAÚDE DA MULHER

Seus ciclos menstruais são regulares? Quantos dias demoram o seu ciclo? Quão frequente é?

São dolorosos ou sintomáticos? Por favor explique:

Atingiu ou se aproxima da menopausa? Por favor explique:

Histórico de métodos anticoncepcionais:

Você tem infecções por fungos ou infecções do trato urinário? Por favor explique:

## INFORMAÇÃO MÉDICA

Você toma algum suplemento ou medicamento? Por favor, liste:

Algum curandeiro, ajudante ou terapeuta com o qual você está envolvido? Por favor, liste:

Qual é o papel dos esportes e exercícios em sua vida?



## INFORMAÇÃO ALIMENTAR

Página 3

# Histórico da Saúde Feminina

Quais alimentos você comia com frequência quando criança?

Café da manhã Almoço Jantar Lanche Bebidas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Como é a sua alimentação hoje em dia?Café da manhã Almoço | Jantar | Lanche | Bebidas |

A sua família e/ou amigos apoiarão seu desejo de fazer mudanças na alimentação e / ou no estilo de vida?

Você cozinha? Qual porcentagem de sua comida é feita em casa?

De onde você tira o resto?

Você anseia por açúcar, café, cigarros ou tem algum vício importante?

A coisa mais importante que devo fazer para melhorar minha saúde é:

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Mais alguma coisa que você gostaria de compartilhar?