

QUESTIONÁRIO ADMISSSIONAL

Nome:		
Empresa:		
Função:	Setor:	D.N.: ____/____/____
CPF:	Identidade / Órgão Expedidor:	
<input type="checkbox"/> Admissional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Demissional		

	SIM	NÃO
Tontura		
Dor-de-cabeça		
Enxaqueca		
Vertigem		
Desmaio		
Epilepsia (usa medicamentos?)		
Sinusite		
Deficiência Visual		
Deficiência Auditiva		
Labirintite		
Sífilis		

	SIM	NÃO
Azia / Náusea / Vômitos		
Gastrite / Úlcera (usa medicamentos?)		
Hemorroidas		
Problemas de Digestão		
Problemas de Vesícula		
Diarréia frequente		
Intestino preso		
Evacua diariamente		
Hepatite		
Fezes com sangue		
Icterícia - Amarelão		

	SIM	NÃO
Hérnias		
Nervosismo		
Ansiedade / Depressão (usa medicamentos?)		
Esquecimento		
Perda de Memória		
Alergia a Remédios		
Está engordando		
Está emagrecendo		
Tem Diabetes Mellitus (usa medicamentos?)		
usa Insulina		
Tem / Teve Câncer		
Tem doença de pele		

	SIM	NÃO
Tem pressão alta (usa medicamentos?)		
Dor no Peito / Angina (usa medicamentos?)		
Palpitação		
Doença de Chagas		
Inchaço nas pernas		
Morou em casa de barro		
Toma remédio(s) para o coração		
Dormência nas pernas e braços		
Falta de ar à noite		
Cansaço ao andar		
Doença cardíaca		

	SIM	NÃO
Falta de ar		
Tosse		
Escarro com sangue		
Resfriado frequente		
Alergias		
Bronquite / Asma		
Pneumonia		
Rinite / Faringite		
Tuberculose (usa medicamentos?)		

	SIM	NÃO
Infecção na urina		
Urina com sangue		
Dor ao urinar		
Cólica renal		
Doença venérea		
Urina bem		
Cálculo - rins / ureter		
Cirurgia renal		
Usa medicação controlada (sim = especificar no verso)		

	SIM	NÃO
Dores nas costas		
Bico-de-papagaio		
Artrite / Reumatismo (usa medicamentos?)		
Hérnia de disco		
Lombalgia		
Tomografia de coluna		
Ressonância de coluna		
Raio X de Coluna		
Afastamento pelo INSS		

PARA MULHERES		
Data da última menstruação: ____/____/____		
	SIM	NÃO
Cólicas ao menstruar		

DECLARAÇÃO PESSOAL DO EXAMINADO
(preencher na empresa contratante:)

*Certifico que as informações acima
são verdadeiras
e de minha responsabilidade.*

Macaé / RJ: ____/____/____	Assinatura do Empregado:
----------------------------	--------------------------