

Questionário de ESTILO DE VIDA e avaliação de hábitos que podem levar ao adoecimento e prejuízo à qualidade de vida

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Data de início do acompanhamento: ____/____/____



Mantém contato frequente com amigos ou grupos com interesses comuns?	Sim	Não														
Mantém-se bem informado e atualizado(a) em temas de SAÚDE?	Sim	Não														
Alguma consulta médica de checkup nos últimos 12 meses?	Sim	Não														
Alguma consulta com nutricionista nos últimos 12 meses?	Sim	Não														
Alguma consulta com dentista nos últimos 12 meses?	Sim	Não														
Exames “mais completos” (incluindo hormônios) nos últimos 12 meses?	Sim	Não														
Tem ou já teve peso inadequado (sobrepeso, obesidade ou baixo peso)?	Não	Sim														
Tem ou já teve alguma doença “mais séria” ou até que deixou incapacidade?	Não	Sim														
Usa algum medicamento regularmente?	Não	Sim														
Há doenças graves em familiares próximos?	Não	Sim														
Tem alergia/ intolerância a algum fator ao qual ainda se expõe?	Não	Sim														
Já acessou o material em www.icaro.med.br ou pelo menos o material em www.icaro.med.br/ SAUDE?	Sim	Não														
Já definiu seu Ikigai?	Sim	Não														
Já prática meditação todos os dias, regularmente?	Sim	Não														
Já se alonga todos os dias, regularmente?	Sim	Não														
Já leu o DomineSuaSaude.com.br (gratuito)?	Sim	Não														
Já assistiu à aula detalhada sobre o livro, em icaro.med.br/IMERSAO?	Sim	Não														

Aprenda a utilizar este questionário em <https://icaro.med.br/questionario/>

Esse questionário é parte do meu mais novo livro, em PDF e impresso. Confira a obra!