

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

1. Possui algum(ns) problema(s) de saúde?

	Sim	Não		Sim	Não
Asma			Diabetes		
Gripe/Constipação			Cardiopatias		
Problemas articulares			Hipertensão		
Outros:					

2. Relativamente às seguintes substâncias, indique o seu hábito de consumo:

	Abstinentes	Ingestão ocasional (menos de 4x/mês)	Ingestão semanal (Quantidade)	Ingestão diária (Quantidade)
Café				
Colas				
Chás				
Chocolates				
Bebidas energéticas				

3. É fumador?

Não ____

Sim ____ Se sim, quantos cigarros por dia? ____

4. Encontra-se a tomar algum medicamento?

Não ____

Sim ____ Se sim, qual(is)? ____

5. Praticas actividade física com que regularidade?

____ / ____ / de 2004

(Assinatura do sujeito testado)