



## QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE INFANTIL



### DADOS PESSOAIS

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ano de escolaridade que frequenta: \_\_\_\_\_

Nome da mãe/pai e/ou responsável: \_\_\_\_\_

Telefones:

### HISTORIAL DESPORTIVO

1. Pratica mais algum tipo de atividade física? ( ) SIM ( ) NÃO

Se respondeu SIM, há quanto tempo? E qual? \_\_\_\_\_

( ) Menos de 1 ano ( ) Entre 1 e 3 anos ( ) Mais de 3 anos

### QUESTÕES MÉDICAS

1. Tem algum tipo de problema cardíaco? ( ) SIM ( ) Não

Se respondeu SIM, qual? ( ) BRADICARDIA ( ) TAQUICARDIA ( ) HIPERTENSÃO

OUTRO Qual? \_\_\_\_\_

2. Possui algum tipo de alergia respiratória? ( ) SIM ( ) Não

( ) ASMA ( ) BRONQUITE ( ) RINITE ( ) SINUSITE

OUTRO Qual? \_\_\_\_\_

3. É diabético? ( ) SIM ( ) Não

4. É epilético? ( ) SIM ( ) Não

5. Sofre de algum problema nos olhos ou nos ouvidos? ( ) SIM ( ) Não

Se respondeu SIM, qual? \_\_\_\_\_

6. Sofre de incontinência urinária ou tem problemas renais? ( ) SIM ( ) Não

7. Sofre de algum tipo de problema na coluna vertebral? ( ) SIM ( ) Não

Se respondeu SIM, qual? ( ) LORDOSE ( ) CIFOSE ( ) ESCOLIOSE ( ) OUTRO

Qual? \_\_\_\_\_

8. Sofre de algum tipo de reumatismo? ( ) SIM ( ) Não

9. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? ( ) SIM ( ) Não

Se respondeu SIM, qual e porquê? \_\_\_\_\_

10. Costuma usar algum tipo de medicamento regular? ( ) SIM ( ) Não

Se respondeu SIM, qual e para quê? \_\_\_\_\_

Alérgica a algum medicamento?.....Quais?.....

.....

.....

Como é a alimentação? .....

Quanto come?.....

O que come?.....

Quais são seus alimentos preferidos?.....

.....

Alérgica a alguma alimentação?.....Quais?.....

.....

.....

Tem algum medo?.....

Quais são as brincadeiras e brinquedos preferidos?.....

.....

.....

Tem algum brinquedo e/ou objeto que costuma carregar

consigo.....

Como se relaciona com os adultos?.....

.....

Como se relaciona com outras crianças?.....

.....

.....

Que doenças já teve? \_\_\_\_\_

.....

.....

Que antitérmico costuma tomar quando tem febre? \_\_\_\_\_

.....

Já viajou sozinho antes? Quanto tempo? \_\_\_\_\_

.....

Como é a criança? Conte um pouco sobre ela.....

Como é o ambiente familiar? Conte um pouco sobre a relação entre as  
pessoas que convivem com a criança.....

.....  
.....

Caso aconteça do responsável não poder vir buscar a criança

\_\_\_\_\_  
levar a criança pra casa.

Em caso emergencial, na ausência dos pais ou responsável, quem podemos  
procurar para atender a criança?

Nome.....tel.....parentesco.....

Nome.....tel.....parentesco.....

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que as  
informações são verdadeiras.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável