

Questionário médico para as crianças que fazem 2 anos e 6 meses

número de recepção

Nome: _____ Data de nascimento : ano _____ mês _____ dia _____

Endereço(nome do bairro) : (_____)

Se tiver alguma pergunta ou preocupação com respeito ao(à) seu/sua filho(a), escreva.

1. Sabe pular com os pés juntos? (Sim • Não)
2. Sabe desenhar figuras simples que para ele/ela representam objetos como carros, etc? (Sim • Não)
3. Come sozinho(a) usando garfo ou colher? (Sim • Não)
4. Responde corretamente apontando com o dedo ao mostrar-lhe livros ilustrados perguntando “qual é o trem?”, “onde está o passarinho?”. (_____ ano(s) _____ mês/meses)
5. Sabe dizer “Quero rua”, “Auau mimi”, etc., usando mais de 2 palavras seguidas? (_____ ano(s) _____ mês/meses)

Escreva as palavras ou frases exatamente como ele as usa frequentemente.

(_____)

6. Tem alguma preocupação com o uso da linguagem? (Não • Sim)
7. O interesse pela linguagem tem aumentado e já faz perguntas dizendo “o que é isto? (Sim • Não)
8. O(A) seu/sua filho(a) entretém-se em brincar de “faz-de-conta” interagindo com outros objetos, por exemplo abraçando uma boneca como se fosse bebê? (Sim • Não)
9. Prefere algo maior ou usa palavras tais como “grande” e/ou “pequeno”? (Sim • Não)
10. Insiste em realizar suas atividades sozinho(a) sem a ajuda dos adultos? (Sim • Não)
11. Escolhe peças de roupa ou sapatos sozinho(a)? (Sim • Não)
12. Quando se diz “esta é a última vez”, o(a) seu/sua filho(a) às vezes consegue aceitar e adaptar-se às circunstâncias? (Sim • Não)
13. Marque com círculos os itens correspondentes (respostas múltiplas possíveis):
É agressivo(a) É inquieto(a) Tem manias marcantes
Repete as mesmas brincadeiras sozinho(a) Chora de noite Tem medos ou receios ao extremo
É extremamente metódico(a) Não sabe brincar com amigos
14. Sair com o(a) filho(a) dá muito trabalho? (Não • Sim)
15. Muitas vezes sente que criar o(a) filho(a) é irritante ou difícil? (Não • Nem “não” nem “sim” • Sim)

Continuou no verso

