Questionário médico para as crianças que Fazem 3 anos e 6 meses

número de recepção

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

Endereço(nome do bairro)：（ ）

※Confirmamos o resultado do "Questionário sobre a audição de seu/sua filho(a)" e do "Exame de audição de sussurro", enviados anteriormente. Preencha-os de antemão e traga-os no dia do exame médico. Caso não seja realizado, entregamos o formulário no dia do exame medico

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

1. Sabe subir as escadas sozinho(a) alternando os pés? （ Sim • Não ）
2. Tem alguma preocupação com a forma de caminhar e/ou correr? （ Não • Sim ）
3. Sabe usar corretamente tesoura com uma mão? （ Sim • Não ）
4. Sabe pronunciar o seu próprio sobrenome e nome? （ Sim • Não ）
5. Responde às perguntas de adultos usando mais de 3 palavras seguidas tal como "Brinquei no escorregador", etc?
   （ Sim • Não ）
   Escreva abaixo alguns exemplos concretos:
   Pergunta de adulto:
   Resposta de criança:
6. Tem alguma preocupação com a pronúncia? （ Não • Sim ）
7. Brincar de "faz-de-conta" com os amigo(s)? （ Sim • Às vezes • Quase não ）
8. Marque com círculos os itens correspondentes (respostas múltiplas possíveis):
   É agressivo(a) É inquieto(a) Tem manias marcantes
   Repete as mesmas brincadeiras sozinho(a) É extremamente tímido(a) e/ou calado(a)
   Tem dificuldade em fazer parte de grupos É extremamente metódico(a)
   Não sabe brincar com amigo(s) Tem medos ou receios ao extrem
9. Muitas vezes sente que criar o(a) filho(a) é irritante ou difícil?
   （ Não • nem "não" nem "sim" • Sim ）
10. Quer consultar algo acerca de si mesmo(a)? （ Não • Sim ）
    （ Sobre saude ou familia ）
11. Sabe se vestir e despir sozinho(a)? （ Sim • Não ）
12. Sobre as evacuações durante o dia.
    （ Faz no banheiro • Está na fase de treinamento • Não avisa ）

Continuou no verso

13. Tem alguma tarefa rotineira como um membro da família? （ Sim • Não ）

〔 Concretamente: 〕

14. Sabe tomar refeições sozinho(a)? （ Sim • Não ）（ Com que: pauzinhos • colher • mão ）

15. Tem alguma preocupação com vista ou ouvido? （ Não • Sim ）

16. Já teve convulsão sem febre ou teve várias vezes convulsão causado pela febre? （ Não • Sim ）

17. Marque com círculos as refeições consumidas. （ café da manhã • almoço • jantar ）

18. O(A) seu(sua) filho(a) toma refeições com a família? （ Sim • Não ）

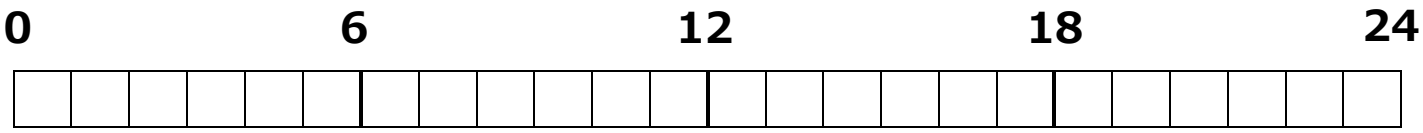
19. O(A) seu(sua) filho(a) toma refeições com a família? （ Sim • Não ）

20. Quais brincadeiras costuma fazer no dia-a-dia? （ Nome de escola ）

（ Dentro de casa:
Fora de casa: ）

21. Sobre a frequência de passear ou brincar na rua.（_____ vezes por semana）

22. Ritmo de vida (Pinte de preto os quadrados correspondentes às horas em que dorme)



23. Ao criar o(a) seu(sua) filho(a), quais momentos se sente feliz?

（ ）

Sobre saude de dente ou boca

- O(A) seu/sua filho(a) escova os dentes? （ Não • Sim ）

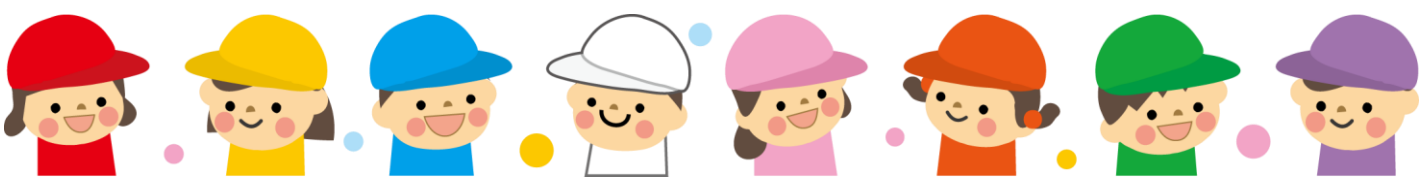
pai ou a mãe completa a escovação dos dentes dele/dela?（ Sim • Não • A criança recusa ）

（ às vezes • cada manhã • cada noite • depois de cada refeição ）

- Chupa o dedo ou chupeta? （ Não • Sim ）
- Sobre a merenda. regular (_____vezes por dia) • irregular

〔Concretamente: 〕

- Sobre as bebidas principais. （_____cc de leite）

（outras bebidas: _____cc de _____）（_____cc de_____）

- Tem alguma comida de que gosta ou detesta muito? （ Não • Sim ）
- Mastiga na hora das refeições? （ Sim • Não ）