היסטוריה בריאותית –ילדים

-כל המידע המפורט יישאר חסוי בין ילד, הורה ומאמן בריאות.  
  
  
שם פרטי:  
  
שם משפחה:  
  
טלפון ומייל של ההורים:  
  
גיל: תאריך לידה: מקום הלידה:  
  
גובה: משקל: כיתה:  
  
למה הגעת להיסטוריה הרפואית זו?  
  
**מידע חברתי**  
  
האם אתה נהנה מבית הספר? תסביר לי בבקשה:  
  
  
האם יש לך קבוצה גדולה או קטנה של חברים?  
  
מי הוא החבר הכי הטוב שלך?  
  
מה אתה עושה בשביל הכיף?  
  
  
מהו הספורט או הפעילות הגופנית האהובים עליך?  
  
  
מה הם הדברים שכיף לך לעשות עם משפחה?  
  
  
מה הם הדברים האהובים עליך לעשות כשאתה לבד?  
  
  
איזה מטלות אתה עושה בבית?  
  
  
**מידע בריאותי**  
  
מתי אתה הולך לישון?

מתי אתה מתעורר?  
  
האם אתה מתעורר בלילה? האם יש לך סיוטים?  
  
האם אתה סובל מכאבי בטן? האם אתה סובל מכאבי ראש או כאבי אוזניים?  
  
האם קשה לך לראות או לקרוא?

האם מגרד לך העור?  
  
**מידע רפואי**  
  
האם יש לך אלרגיות או רגישויות?  
  
האם יש עוד משהו כואב?

**מידע על מזון**  
  
מה אתה אוכל לארוחת בוקר?  
  
  
מה אתה אוכל לארוחת צהריים?  
  
  
מה אתה אוכל לארוחת ערב?  
  
  
מה אתה אוכל לחטיפים?  
  
  
מה אתה שותה?  
  
  
איזה מזונות היית רוצה לאכול לעתים קרובות יותר?  
  
  
איזה אוכל אתה מאחל לעצמך שאף פעם לא תצטרך לאכול שוב?  
  
  
מה אתה רוצה ללמוד על הגוף שלך ועל אוכל?  
  
**מידע נוסף**  
האם יש לך עוד משהו שאתה רוצה לשתף?