

WYWIAD O DZIECKU

.....

Imię i nazwisko dziecka

.....

Data urodzenia dziecka

1. Informacja o rodzeństwie

Imię.....

Wiek.....

Imię.....

Wiek.....

Imię.....

Wiek.....

2.Kto dotąd opiekował się dzieckiem?.....

3.Czy dziecko miewa jakieś dolegliwości?(niepokojny sen, brak apetytu, wymioty, wolne stolce, katary).....

.....

4.Czy dziecko ma alergię?(wziewne, pokarmowe, na leki, inne).....

.....

5. Czy dziecko choruje przewlekłe?(podać zalecenia lekarza).....

.....

6. Czy dziecko przyjmuje na stałe leki?(jakie).....

.....

7. Czy dziecko potrzebuje snu w ciągu dnia?.....

8. Czy u dziecka występują trudności w zasypianiu?.....

9. Czy dziecko zasypia samodzielnie czy potrzebuje przytulić się do opiekunki,
maskotki?

.....

10. Proszę określić apetyt dziecka(niejadek, głodomorek, ma typowy apetyt)

.....

11. Czy dziecko je samodzielnie?.....

12. Czy dziecko ma swoje ulubione potrawy? Jeśli tak to
jakie?.....

.....

13. Czego dziecko nie lubi
jeść?.....

.....

14. Czy dziecko potrafi samodzielnie zmienić
ubranie?.....

.....

15. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?.....

16. Czy dziecko ma jakies przyzwyczajenia?.....

.....

17.Czego dziecko się boi lub czego nie lubi?.....

.....

18.Osobowość dziecka(wesołe, śmiałe, wrażliwe, aktywne, bardzo aktywne, spokojne, zrównoważone ,łatwo się denerwuje, opanowane, bawi się samodzielnie, lubi bawić się z dziećmi).....

19.Dodatkowe informacje o dziecku.....

.....

.....

.....

.....