

Dip.to Malattie di Genere, Genitorialità, Bambino e Adolescente  
U.O.C. Tutela Salute Donna ed Età Evolutiva ASL Roma 2  
Dir. D.ssa Patrizia Magliocchetti

**SCHEDA ANAMNESTICA DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI\***

Cognome e nome del/la bambino/a.....

nato/a ..... il ..... residente a .....

indirizzo ..... Tel. ....Pediatra di base Dr. ....

iscritto all'Asilo Nido..... per l'anno scolastico.....

IL/LA BAMBINO/A E' MAI STATO RICOVERATO IN OSPEDALE? [SI] [NO]

Se SI specificare quando (a che età) e per quale motivo.....

I PROBLEMI CHE HANNO DETERMINATO IL RICOVERO SONO COMPLETAMENTE SUPERATI?? [SI] [NO]

Se NO specificare .....

IL/LA BAMBINO/A HA ORA PROBLEMI SANITARI IMPORTANTI? [SI] [NO]

Se SI specificare .....

IL/LA BAMBINO/A PRESENTA ATTUALMENTE QUALCHE MALATTIA O PROBLEMA PER CUI DEVE ASSUMERE FARMACI  
DI CONTINUO? [SI] [NO]

Se SI specificare il motivo .....

Ed il tipo di farmaco .....

IL/LA BAMBINO/A PRESENTA ATTUALMENTE QUALCHE MALATTIA O PROBLEMA PER CUI DEVE SEGUIRE DIETE  
PARTICOLARI? [SI] [NO]

Se SI specificare il motivo .....

Ed il tipo di dieta .....

FIRMA DEL GENITORE .....

Tale scheda deve essere compilata, e consegnata in busta chiusa, indirizzata al Pediatra del Nido



## NOTE DEL PEDIATRA DEL NIDO

A series of horizontal dashed lines for writing notes.