



Scheda di Registrazione

Cognome	Nome
Nato a	Il
Via	Città
Cellulare	Email
Pediatra	Fratelli e Sorelle <input type="text"/>

Sport & Hobby

Anamnesi generale

Peso Altezza

Oltre al pediatra è seguito da altri medici?

Il bambino/a sta assumendo farmaci? Quali?

Il bambino/a è mai stato ricoverato per cure o traumi in ospedale o casa di cura? Se sì per cosa?

Ha allergie di qualsiasi tipo?

Soffre di qualche sindrome?

Soffre d'asma o broncospasmo?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Soffre di diabete?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Soffre di epilessia?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Soffre di problemi intestinali?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Russa?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Digrigna i denti?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Presenta difficoltà di linguaggio?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Ha abitudini viziate?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Ha mai avuto ulcere in bocca?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Presenta problemi dentari?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO

Firma del Genitore

Oderzo, il

.....