



FICHA DE ANAMNESE NUTRICIONAL

DADOS PESSOAIS

Nome do Responsável	
Nome da Criança	
Idade da Criança	
Endereço	
Telefone	

HISTÓRIA CLÍNICA

Alergias?	SIM		NÃO	Qual?	
Toma algum medicamento?	SIM		NÃO	Qual?	
Problemas de saúde?	SIM		NÃO	Qual?	

ANAMNESE ALIMENTAR

Intolerância Alimentar?	SIM		NÃO	Qual?	
Alergia Alimentar?	SIM		NÃO	Qual?	

PREFERÊNCIAS ALIMENTARES

	SIM		NÃO			SIM		NÃO	
Frutas	Quais?			Sucos	Quais?				
Massas	SIM		NÃO	Leite e iogurte	SIM		NÃO		
Pão	SIM		NÃO	Carnes	SIM		NÃO		
Bolachas	SIM		NÃO	Manteiga	SIM		NÃO		
Cereais	SIM		NÃO	Queijos	SIM		NÃO		
Leguminosas	SIM		NÃO						
	Quais?								

Data: _____

Assinatura