

## Данные по Вашему ребёнку для школьного медицинского осмотра Конфиденциально!

(Предназначается только для педиатра соответствующего отдела здравоохранения)

Вся информация предоставляется на добровольной основе и составляет врачебную тайну!

Фамилия, имя ребёнка	Дата рожд. <input type="text"/>
Имя и адрес лица, осуществляющего заботу о ребёнке	Телефон
Название и адрес школы	

### 1. Общие вопросы:

Какой язык является для Вашего ребёнка родным? \_\_\_\_\_

### 2. Вопросы, касающиеся родов

Протекание беременности	Протекание родов
<input type="radio"/> 1 нормальное	<input type="radio"/> 1 в норме
<input type="radio"/> 2 с осложнениями	<input type="radio"/> 2 с осложнениями
<input type="radio"/> 3 данных не имеется	<input type="radio"/> 3 данных не имеется

### 3. Вопросы по развитию ребёнка

Вы довольны тем, как развивается Ваш ребёнок?  да  нет

Замечания: \_\_\_\_\_

Есть ли особенности в состоянии здоровья?  нет

Да, а именно:

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> отклонения речи | <input type="checkbox"/> нарушения зрения | <input type="checkbox"/> другие      |
| <input type="checkbox"/> нарушения слуха | <input type="checkbox"/> частые падения   | <input type="checkbox"/> не известно |

### 4. Другие заболевания ребёнка

Устанавливал ли врач когда-нибудь одну из следующих болезней в качестве диагноза у Вашего ребёнка?  нет

да, а именно:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> аллергический насморк и/или воспаление глаз    | <input type="checkbox"/> менингит                                |
| <input type="checkbox"/> бронхиальная астма                             | <input type="checkbox"/> ветряная оспа                           |
| <input type="checkbox"/> нейродермит                                    | <input type="checkbox"/> заболевания бёдер                       |
| <input type="checkbox"/> повторное воспаление среднего уха              | <input type="checkbox"/> заболевания почек и мочевыводящих путей |
| <input type="checkbox"/> эпилепсия (так называемые судорожные припадки) | <input type="checkbox"/> фебрильные судороги                     |
|   | <input type="checkbox"/> туберкулёз                              |

другие (если да, какие?) \_\_\_\_\_

### 5. Вопросы, касающиеся несчастных случаев

Происходил ли с Вашим ребёнком когда-либо несчастный случай, который потребовал **врачебной** помощи?

да  нет  данных не имеется

→ если да, то какая травма?

→ Есть ли ещё жалобы ввиду перенесённой травмы?

нет  если да, то какие \_\_\_\_\_

**6. Находился ли Ваш ребёнок на стационарном лечении в больнице ?**

не находился

находился из-за

травмы

болезни, какой? \_\_\_\_\_

операции    если да, то какой? \_\_\_\_\_

**7. Принимал ли Ваш ребёнок регулярно медикаменты в течение последнего года?**

нет

если да, то какие? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя или лица, его заменяющего