

Відомості по вашій дитині для шкільного огляду конфіденційно!

(Призначається лише для педіатра відповідного відділу охорони здоров'я)
Вся інформація надається на добровільній основі та становить лікарську таємницю!

Фамілія, ім'я дитини	Дата народження
Ім'я та адреса особи, яка здійснює опіку дитини	Телефон
Назва і адреса школи	

1. Загальні питання:

Яка мова є для вашої дитини рідною? _____

2. Питання, що стосуються пологів

Перебіг вагітності	Перебіг пологів
<input type="radio"/> 1 нормальне	<input type="radio"/> 1 в нормі
<input type="radio"/> 2 з ускладненнями	<input type="radio"/> 2 з ускладненнями
<input type="radio"/> 3 даних не існує	<input type="radio"/> 3 даних не існує

3. Питання з розвитку дитини

Ви задоволені тим, як розвивається ваша дитина? так ні

Зауваження: _____

Чи є особливості у стані здоров'я? ні

Так, а саме:

<input type="checkbox"/> відхилення мовлення	<input type="checkbox"/> вади зору	<input type="checkbox"/> інші
<input type="checkbox"/> вади слуху	<input type="checkbox"/> часті падіння	<input type="checkbox"/> невідомо

4. Інші захворювання дитини

Чи встановлював лікар колись одну з наступних хвороб, як діагноз у вашої дитини? ні

Так, а саме:

<input type="checkbox"/> алергічний нежить і/або запалення очей	<input type="checkbox"/> менінгіт
<input type="checkbox"/> бронхіальна астма	<input type="checkbox"/> вітряна віспа
<input type="checkbox"/> нейродерміт	<input type="checkbox"/> захворювання стегон
<input type="checkbox"/> повторне запалення середнього вуха	<input type="checkbox"/> захворювання нирок та сечовивідних шляхів
<input type="checkbox"/> епілепсія (так звані судомні напади)	<input type="checkbox"/> фебрильні судоми
	<input type="checkbox"/> туберкульоз

інші (якщо так, то які?) _____

5. Питання стосовно нещасних випадків

Чи відбувся з вашою дитиною колись нещасний випадок, який потребував лікарської допомоги?

так ні невідомо

→ якщо так, то яка травма?

→ Чи є ще скарги через перенесену травму?

ні якщо так, то які? _____

6. Чи знаходилася ваша дитина на стаціонарному лікуванні у лікарні?

не знаходилася

Знаходилася через

травми

хворобу, яку? _____

операції якщо так, то якої? _____

7. Чи приймала Ваша дитина регулярно медикаменти протягом останнього року?

ні

якщо так, то які? _____

Дата

Підпис батьків або особи, яка їх замінює