

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Ф.И.О. и телефоны родителей:

Мать _____ тел. _____

Отец _____ тел. _____

Подтвержденные диагнозы _____

Диагнозы, которые были сняты по выздоровлению _____

Инвалидность у ребенка: наличие/отсутствие (нужное подчеркнуть), с рождения/приобретенная (нужное подчеркнуть).

Жалобы _____

Какое настроение преобладает у ребенка?

- а) бодрое, уравновешенное
- б) раздражительное, неустойчивое
- в) подавленное

Как ребенок засыпает?

- а) быстро (до 10 мин.)
- б) медленно
- в) спокойно
- г) не спокойно

Какой аппетит у Вашего ребенка?

- а) хороший
- б) избирательный
- в) неустойчивый
- г) плохой

Быстро ли Ваш ребенок утомляется?

- а) да
- б) нет

Замечали ли вы агрессию со стороны ребенка

- а) да
- б) нет

Бывали ли у ребенка эпизоды судорог, удушья, остановок дыхания?

Есть ли у Вашего ребенка отрицательные привычки?

а) грызет ногти, сосет палец, раскачивается, другие (указать) _____

б) нет отрицательных привычек

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ	ОТВЕТЫ РОДИТЕЛЕЙ
Травмы: переломы, ушибы, сотрясения (если были, указать какие и когда)	
Переливания крови	
Операции (если были, указать какие и когда)	
Аллергические реакции (если есть – какие и на что)	
Аллергические реакции на лекарственные препараты	
Аллергические реакции на пищевые продукты	
Аллергические реакции на укусы насекомых	
С какими болезнями и когда лежал в больнице	
Принимал ли ребенок какие-либо препараты длительно (более 1 мес) без перерыва? Какие?	

Получает ли периодически ребенок витаминные препараты?	
Как часто ребенок сдает клинический анализ и общий анализ мочи? (подчеркнуть)	Каждый месяц \раз в 3 мес\ раз в 6 мес\ раз в год\реже
Бывало ли у ребенка кровохарканье?	Да \нет (нужное подчеркнуть)
Беспокоят ли ребенка следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да \нет (нужное подчеркнуть)
Бывали ли эпизоды похудения у ребенка без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности, острого заболевания и пр.)?	Да \нет (нужное подчеркнуть)
Бывают ли у ребенка кровяные выделения с калом?	Да \нет (нужное подчеркнуть)
Бывает ли у ребенка неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Да \нет (нужное подчеркнуть)
Бывали ли эпизоды желтухи у ребенка (кроме периода новорожденности)?	Да \нет (нужное подчеркнуть)

- ✓ Были или есть у кого-нибудь из членов вашей семьи (включая родственников матери и отца ребенка) врожденные пороки сердца? (ДА/НЕТ)
- ✓ Были ли в вашей семье случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет? (ДА/НЕТ)
- ✓ Были ли у кого-нибудь из членов вашей семьи случаи внезапного приступообразного учащения сердечного ритма (от 160 до 250 уд./мин)? (ДА/ НЕТ)
- ✓ Были ли в вашей семье случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет? (ДА/НЕТ)
- ✓ Были ли у матери ребенка во время беременности отеки, изменения в моче, повышенное артериальное давление? (ДА/НЕТ)
- ✓ Доношенной или недоношенной была беременность? (ДОНОШЕННОЙ/ НЕДОНОШЕННОЙ)
- ✓ Масса тела ребенка при его рождении (2700 г и ниже/ выше 2700 г)?
- ✓ Было ли в детстве у вашего ребенка желание есть мел, землю, нюхать лаки, краски, бензин? (ДА/НЕТ)
- ✓ Часто ли ваш ребенок болел (или болеет) простудными заболеваниями? (ДА/НЕТ)
Сколько раз в год с температурой?
- ✓ Диагностировалась ли у матери или отца ребенка язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, хронические заболевания почек, хронические заболевания дыхательной системы, хронические заболевания кровеносной системы, аллергии? (ДА/НЕТ) если да, то какие _____

Есть ли у вашего ребенка или были раньше:

- а) очаги инфекции в носоглотке (хронический насморк, воспаление миндалин, среднего уха, придаточных пазух носа, аденоиды)? (ДА/НЕТ)
- б) невроз? (ДА/НЕТ)
- в) лямблиоз? (ДА/НЕТ)
- г) аскаридоз? (ДА/НЕТ)
 - Часто ли вы используете (или использовали) при лечении ребенка антибиотики? (ДА/НЕТ)
 - Болел ли ваш ребенок вирусным гепатитом? (ДА/НЕТ)
 - Есть ли у вашего ребенка противопоказания для занятия спортом? (ДА/НЕТ)
 - Есть у кого-нибудь из членов вашей семьи сахарный диабет? (ДА/НЕТ)
 - Были или есть у кого-нибудь из членов вашей семьи (включая родственников матери и отца ребенка) злокачественные опухоли? (ДА/НЕТ)
 - Возраст матери при рождении ребенка (ДО 40/СТАРШЕ 40).