

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 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
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
☐ 1 нормальне	☐ 1 в нормі
☐ 2 з ускладненнями	☐ 2 з ускладненнями
☐ 3 даних не існує	☐ 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:

☐ відхилення мовлення	☐ вади зору	☐ інші
☐ вади слуху	☐ часті падіння	☐ невідомо

4. Інші захворювання дитини

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

Так, а саме:

☐ алергічний нежить і/або запалення очей	☐ менінгіт
☐ бронхіальна астма	☐ вітряна віспа
☐ нейродерміт	☐ захворювання стегон
☐ повторне запалення середнього вуха	☐ захворювання нирок та сечовивідних шляхів
☐ епілепсія (так звані судомні напади)	☐ фебрильні судоми
	☐ 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