

**ОТЧЕТ РОДИТЕЛЕЙ—ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА ДО ПОСТУПЛЕНИЯ**

ИМЯ РЕБЕНКА	ПОЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ИМЯ ОТЦА/ИМЯ СОЖИТЕЛЯ ОТЦА	ПРОЖИВАЕТ ЛИ ОТЕЦ/СОЖИТЕЛЬ ОТЦА В ДОМЕ С РЕБЕНКОМ?	
ИМЯ МАТЕРИ/ИМЯ СОЖИТЕЛЯ МАТЕРИ	ПРОЖИВАЕТ ЛИ МАТЬ/СОЖИТЕЛЬ МАТЕРИ В ДОМЕ С РЕБЕНКОМ?	
НАХОДИЛСЯ/НАХОДИТСЯ ЛИ РЕБЕНОК ПОД РЕГУЛЯРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА?	ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ФИЗИЧЕСКОГО/МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ	

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ** (\*только для младенцев и детей дошкольного возраста)

НАЧАЛ ХОДИТЬ В*	НАЧАЛ ГОВОРИТЬ В*	ПРИУЧАТЬ К ТУАЛЕТУ НАЧАЛИ В*
МЕСЯЦЕВ	МЕСЯЦЕВ	МЕСЯЦЕВ

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ — Отметьте заболевания, которые были у ребенка и укажите приблизительные даты заболевания:**

ДАТЫ	ДАТЫ	ДАТЫ
<input type="checkbox"/> Ветряная оспа	<input type="checkbox"/> Диабет	<input type="checkbox"/> Полиомиелит
<input type="checkbox"/> Астма	<input type="checkbox"/> Эпилепсия	<input type="checkbox"/> Корь
<input type="checkbox"/> Ревматизм	<input type="checkbox"/> Коклюш	<input type="checkbox"/> Краснуха
<input type="checkbox"/> Сенная лихорадка	<input type="checkbox"/> Свинка	

УКАЖИТЕ ЛЮБЫЕ ДРУГИЕ СЕРЬЕЗНЫЕ ИЛИ ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ

ЧАСТО ЛИ РЕБЕНОК ПРОСТЫВАЕТ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СКОЛЬКО ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД?	УКАЖИТЕ АЛЛЕРГИИ, О КОТОРЫХ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ СОТРУДНИКИ
---	---------------------------	---

**РАСПОРЯДОК ДНЯ** (\*только для младенцев и детей дошкольного возраста)

ВО СКОЛЬКО РЕБЕНОК ВСТАЕТ?*	ВО СКОЛЬКО РЕБЕНОК ИДЕТ СПАТЬ?*	ХОРОШО ЛИ РЕБЕНОК СПИТ?*
СПИТ ЛИ РЕБЕНОК В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ?*	КОГДА?*	КАК ДОЛГО?*
ДИЕТА РЕБЕНКА: (Что обычно ребенок ест?)	ЗАВТРАК ЛЕНЧ ОБЕД	ОБЫЧНЫЕ ЧАСЫ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА? ЗАВТРАК _____ ЛЕНЧ _____ ОБЕД _____

КАКУЮ ПИЩУ РЕБЕНОК НЕ ЛЮБИТ?	ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ С ПИТАНИЕМ?
------------------------------	------------------------------

ОБУЧЕН ЛИ РЕБЕНОК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ТУАЛЕТОМ?*	ЕСЛИ ДА, НА КАКОЙ СТАДИИ:*	РЕГУЛЯРНЫЙ ЛИ СТУЛ У РЕБЕНКА?*	В КАКОЕ ВРЕМЯ ОБЫЧНО?*
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

КАКОЕ СЛОВО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ "ОПОРОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДКА"*	КАКОЕ СЛОВО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ*
---	--

РОДИТЕЛЬСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
--------------------------------------

НАХОДИТСЯ РЕБЕНОК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ ДА, ИМЯ ВРАЧА:	ПРИНИМАЕТ ЛИ РЕБЕНОК ПРЕДПИСАННОЕ ЛЕКАРСТВО(А) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ ДА, КАКОЕ (ИЕ)? ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ?
---	---------------------	---	--

ПОЛЬЗУЕТСЯ ЛИ РЕБЕНОК СПЕЦИАЛЬНЫМ УСТРОЙСТВОМ (АМИ): <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	IF YES, WHAT KIND:	ПОЛЬЗУЕТСЯ ЛИ РЕБЕНОК СПЕЦИАЛЬНЫМ УСТРОЙСТВОМ (АМИ) ДОМА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ ДА, КАКИЕ?:
---	--------------------	--	------------------

РОДИТЕЛЬСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА
--------------------------------------

КАК РЕБЕНОК ЛАДИТ С РОДИТЕЛЯМИ, БРАТЬЯМИ, СЕСТРАМИ И ДРУГИМИ ДЕТЬМИ?
--

УМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК ИГРАТЬ С ДРУГИМИ ДЕТЬМИ?
---

ЕСТЬ ЛИ У РЕБЕНКА ОСОБЫЕ ПРОБЛЕМЫ/СТРАХИ/ПОТРЕБНОСТИ? (ОБЪЯСНИТЕ.)
--

КАКОВ ПЛАН ПО УХОДУ, КОГДА РЕБЕНОК БОЛЕН?
---

ПРИЧИНА ЗАПРОСА ПРИСМОТРА ЗА РЕБЕНКОМ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ
---

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЕЙ	ДАТА
-------------------	------