

Анкета про стан здоров'я вашої дитини (2-й рік навчання в дитячому садку та 4-й клас)

Шановні батьки та опікуни!

Незабаром ваша дитина буде проходити обов'язковий шкільний медичний огляд у шкільного лікаря.

Якщо ви бажаєте, щоб огляд проводив ваш сімейний лікар, будь ласка, запишіться на прийом самостійно. У такому випадку шкільному лікарю **за тиждень до проведення офіційного огляду** потрібно надати **підтвердження** про проходження шкільного медичного огляду у сімейного лікаря. **Якщо у шкільного лікаря в день проведення шкільного медичного огляду такого підтвердження не буде, він проведе обов'язковий огляд вашої дитини.**

Під час оглядів дітей у віці 2-го року навчання в дитячому садку важливо, щоб один з батьків був присутній. У 4 класі також вітається присутність одного з батьків під час оглядів.



Під час медичного огляду просимо мати при собі наступне:

- Повністю заповнену **анкету** про стан здоров'я в запечатаному конверті
- Наявні **окуляри** та **рецепт на окуляри**
- Карту профілактичних щеплень**
- Письмову згоду на **бланку «рекомендовані щеплення»** та картку медичного страхування, якщо під час медичного огляду проводитимуться необхідні добровільні щеплення.

Див. на звороті!

Ваша інформація є добровільною і підлягає захисту лікарської таємниці

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Дата народження: _____

Вулиця: _____ Поштовий індекс/місто: _____

Прізвище / ім'я батьків: _____ Телефон: _____

Освіта батька: початкова середня вища

Освіта матері: початкова середня вища

Рік народження брата та/або сестри: Брата: _____ Сестри: _____

1. Інформація про розвиток та перенесені захворювання

На наступні питання слід відповідати тільки в тому випадку, якщо вони не були заповнені під час попереднього огляду або якщо відбулися зміни.

У якому віці ваша дитина могла вільно ходити? _____ говорити? _____

Чи ходили Ви з дитиною до педіатра на профілактичні огляди за останні 2 роки? Ні Так

Перенесені захворювання:

Часті інфекції середнього вуха	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	
Часті ангіни	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	
Кір	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	У якому віці? _____
Епідемічний паротит (свинка)	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	У якому віці? _____
Краснуха	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	У якому віці? _____
Вітряна віспа (вітрянка)	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	У якому віці? _____
Кашлюк (коклюш)	Ні	<input type="checkbox"/>	Так	<input type="checkbox"/>	У якому віці? _____

Чи є хронічні захворювання? (Які? З якого часу?):

Чи є наслідки аварій/нещасних випадків? (Які? З якого часу?):

2. Інформація про поточний стан здоров'я

Чи є у дитини якісь з наступних проблем або скарг? (Позначити хрестиком, де необхідно)

<input type="checkbox"/> Порушення зору	<input type="checkbox"/> Біль у спині	<input type="checkbox"/> Біль у животі
<input type="checkbox"/> Рухові розлади	<input type="checkbox"/> Проблеми з серцем і кровообігом	<input type="checkbox"/> Нервозність
<input type="checkbox"/> Астма/проблеми з легенями	<input type="checkbox"/> Розлади сну	<input type="checkbox"/> Спалахи гніву
<input type="checkbox"/> Проблеми з вагою	<input type="checkbox"/> Алергії	<input type="checkbox"/> Тривоги
<input type="checkbox"/> Шкірні захворювання	<input type="checkbox"/> Розлади мовлення	<input type="checkbox"/> Проблеми з ревматизмом
<input type="checkbox"/> Порушення слуху	<input type="checkbox"/> Біль у суглобах	<input type="checkbox"/> Енурез

Чи є інші проблеми або скарги? Якщо так, то які саме:

Чи отримує дитина зараз медичне лікування? Якщо так, то чому? У кого?