

## Анкета - опросник о здоровье ребенка

Уважаемые родители, в целях улучшения качества санаторно-курортной помощи и оптимизации процессов оформления медицинской документации ребенка при заезде, экономии Вашего времени, **пожалуйста** внимательно заполните предлагаемую Вам анкету, отметьте нужные ответы (при затруднении в ответе не заполняйте данный раздел). Спасибо!

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Ф.И.О. ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

### Анамнез жизни:

1. На каком сроке родился ребенок? \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_ при рождении.

2. Были ли какие-либо осложнения:

при беременности? ДА/НЕТ

при родах? ДА/НЕТ

3. Вскармливание до года: грудное до \_\_\_\_\_ мес, искусственное с \_\_\_\_\_ мес, смешанное с \_\_\_\_\_ мес.

4. Проводились ли ребенку плановые профилактические прививки? ДА/НЕТ (по возрасту, по индивидуальному плану), если «НЕТ», то (по какой причине) \_\_\_\_\_

5. Как часто ребенок болеет простудными заболеваниями? (подчеркните)

1 раз в месяц, 1 раз в 3 месяца, 1 раз в полгода, 1 раз в год, реже 1 раза в год.

Болеет(а) ветряной оспой, корью, детскими инфекциями, паротитом, др. ДА/НЕТ, если «ДА», то когда? \_\_\_\_\_

6. Состоит ли ребенок под наблюдением у врача по поводу какого-либо хронического заболевания? ДА/НЕТ, если «ДА», то какого? \_\_\_\_\_

ребенок обследован по поводу хронического заболевания? \_\_\_\_\_ получал лечение? (медикаментозное/лекарственные препараты, гомеопатическое/травы, нетрадиционное лечение, массаж и мануальная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура, др.) \_\_\_\_\_

7. Страдает ли ребенок:

заболеваниями легких? ДА/НЕТ (бронхиальной астмой, хроническим бронхитом, пневмонией, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями эндокринной системы? ДА/НЕТ (сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы (гипотиреоз, гипертиреоз), ожирение, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями почек и мочевыделительной системы? ДА/НЕТ (пиелонефрит, цистит, энурез, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями кожи? ДА/НЕТ (нейродермит, псориаз, атопический дерматит, детская экзема, акне (юношеские угри), вирусные заболевания кожи (контагиозный моллюск, бородавки), др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями костно - мышечной системы? ДА/НЕТ (артрит, плоскостопие, рахит, сколиоз, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями желудочно-кишечного тракта? ДА/НЕТ (расстройства стула (понос — запор), гастрит, гастроэнтерит, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями центральной и периферической нервной системы? ДА/НЕТ (эпилепсия, невроз нарушения сна, заикание, энурез – недержание мочи, энкопрез – недержание кала, навязчивые действия, расстройства развития речи, расстройства развития школьных навыков, расстройства развития двигательных функций, поведенческие и эмоциональные расстройства, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями крови? ДА/НЕТ

сердечно-сосудистыми заболеваниями? ДА/НЕТ (врожденный порок сердца, дополнительная хорда левого желудочка, аритмии, тахикардии, др.) \_\_\_\_\_

офтальмологическими заболеваниями? ДА/НЕТ (косоглазие, близорукость, астигматизм, дальнозоркость, др.) \_\_\_\_\_

заболеваниями ЛОР-органов (уха, горла, носа)? ДА/НЕТ (отит, ринит, гайморит, аденоидит, тонзиллит, др.) \_\_\_\_\_

онкологическими заболеваниями? ДА/НЕТ если «ДА», то какого? \_\_\_\_\_

8. Бывают ли у ребенка?

головные боли ДА/НЕТ (утром, вечером, связаны с физической нагрузкой)

боли в области сердца ДА/НЕТ (в покое, после физических нагрузок, эмоциональные)

учащенное сердцебиение ДА/НЕТ

изменение артериального давления ДА/НЕТ (нормальное, повышено, понижено, не измеряли)

одышка ДА/НЕТ

судороги ДА/НЕТ (фебрильные однократные/неоднократные)

кровотечение из носа ДА/НЕТ

изменения кожных покровов? ДА/НЕТ (зуд, боль, изменение цвета кожных покровов, шелушение опрелости, ожоги, обморожения, синяки/кровоподтеки, др.) \_\_\_\_\_

боли в животе ДА/НЕТ (связанные/не связанные с приемом пищи, физической нагрузкой, наличием/отсутствием стула, эмоциональными переживаниями, др.) \_\_\_\_\_

диспепсические явления? ДА/НЕТ (тошнота, изжога, отрыжка, рвота, урчание в животе, вздутие живота, др.) \_\_\_\_\_

изменения стула? ДА/НЕТ

ежедневно, через день, реже \_\_\_\_\_

оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердые комки, колбаски, маленькие шарики,

примеси в кале (кровь, слизь, непереваренные частицы пищи),

изменение цвета (коричневый, светлый, черный, зеленый, др.) \_\_\_\_\_

изменения мочеиспускания? ДА/НЕТ (учащенное, болезненное, во время сна, редкое 1-2 раза в день, не успевает добежать до туалета, др.) \_\_\_\_\_

резкое изменение веса за последние 6 месяцев? ДА/НЕТ

9. Бывают ли у ребенка проявления аллергии? Как это проявляется?

на лекарственные препараты (указать какие) \_\_\_\_\_

на предметы бытовой химии, хлорсодержащие средства \_\_\_\_\_

на пищевые продукты, на пыльцу растений \_\_\_\_\_

шерсть животных \_\_\_\_\_

если «ДА», то укажите, в чем проявляются эти аллергические реакции? \_\_\_\_\_

10. Были ли у ребенка операции: ДА/НЕТ, если «ДА», то какие, когда? \_\_\_\_\_

11. Были ли у ребенка травмы: ДА/НЕТ, если «Да», то какие, когда? \_\_\_\_\_

12. Ребенок принимает какие-либо лекарства постоянно или периодически ДА/НЕТ, если «ДА», то какие, когда? \_\_\_\_\_

13. Семейный анамнез (наследственность какие хронические заболевания имеются у родственников ребенка?) У кого? Какие? \_\_\_\_\_

органы дыхания, сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, аллергические, эндокринные, онкологические, нервно-психические и др. заболевания), алкоголизм, профессиональные вредности, интоксикации, наркомания, склонность к депрессивным реакциям, др.

14. Что Вы хотели бы сообщить о ребенке дополнительно? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_