

**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА**  
(заполняется родителями)

**Ф.И.О. ребенка** \_\_\_\_\_

**Возраст** \_\_\_\_\_ (полных лет), **дата рождения** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

1. Перенесенные заболевания, в том числе инфекционные (корь, коревая краснуха, в/оспа, эпид.паротит, скарлатина, дифтерия, гепатит)

\_\_\_\_\_

2. Диспансерное наблюдение:

- какими специалистами наблюдался ребенок (пульмонолог-заболевания органов дыхания, аллерголог, гастроэнтеролог-заболевания пищеварительной системы, хирург, ортопед-заболевания опорно-двигательного аппарата и т.д.)

\_\_\_\_\_

- с каким диагнозом наблюдался ребенок:

\_\_\_\_\_

- дата последнего обострения хронического заболевания:

\_\_\_\_\_

- какое получал лечение, в том числе физиопроцедуры:

\_\_\_\_\_

Травмы, операции:

\_\_\_\_\_

4. Предполагаемый спектр аллергенов (медикаменты, бытовые, растительные, животного происхождения) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Аллергические реакции и форма проявления (аллергическая сыпь, крапивница, отек, аллергический ринит и т.д.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Привит ли ребёнок от гриппа (прививки, вакцинации) и переболел ли им в сезон

\_\_\_\_\_

7. Реакции на профилактические прививки (повышение температуры, сыпь и т.д.)

\_\_\_\_\_

8. Ф.И.О. родителя \_\_\_\_\_

9. Контактные телефоны (для экстренной связи) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата заполнения)

**Подпись** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /