**Анкета - анамнез о здоровье ребенка**

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны

посторонним лицам.

Пожалуйста, внимательно заполните предлагаемую Вам анкету, отметьте нужные

ответы (при затруднении в ответе ставьте «?»), затем верните анкету. Спасибо!

Дата заполнения \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_г.

Ф.И.О. ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол муж./жен. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. На каком сроке родился ребенок? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Вес\_\_\_\_\_\_\_\_, рост\_\_\_\_\_\_\_\_ при рождении.

3. Были ли какие-либо осложнения при беременности? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

при родах? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Болел ли ребенок на первом году жизни? Если «Да», то чем?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет

5. Проводились ли ребенку плановые профилактические прививки? Да

Нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по какой причине)

6. 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.

7. Состоит ли ребенок под наблюдением у врача по поводу какого-либо

хронического заболевания?

Если «Да», то какого? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нет

8. Страдает ли ребенок болезнями сердца, сосудов?

Если «Да», то какими? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нет

9. Бывают ли у ребенка подъемы артериального давления? До каких цифр? \_\_\_\_\_\_\_\_

с чем это связано (волнение, физическая нагрузка)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Бывают ли у ребенка головокружения, потеря сознания, падение артериального

давления при посещении стоматолога, травме, виде крови, при введении какихлибо лекарств? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

укажите, в чем проявляются эти аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Страдает ли ребенок: хроническим бронхитом? Да Нет,

бронхиальной астмой? Да Нет,

13. Страдает ли ребенок сахарным диабетом? Да Нет,

14. Страдает ли ребенок заболеваниями щитовидной железы? Да Нет,

15. Болел ли ребенок вирусным гепатитом (желтухой)? Да Нет,

16. Страдает ли ребенок заболеваниями почек? Да Нет,

хронической почечной недостаточностью? Да Нет,

17. Страдает ли ребенок эпилепсией? Да Нет,

18. Страдает ли ребенок хроническим гайморитом или тонзиллитом? Да Нет,

19. Какие операции и когда под общим или местным обезболиванием ребенок

перенес?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Были ли у ребенка травмы (особенно в челюстно-лицевой области)?

Да (какие и как давно)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет,

21. Бывают ли у ребенка проявления герпетической инфекции (простуды) на губах?

В полости рта? Да Нет,

22. Страдает ли ребенок заболеваниями системы крови, нарушением

свертываемости крови? (длительные кровотечения после удаления зуба,

хирургических вмешательств, легко образуются кровоподтеки, частые носовые

кровотечения)

Да (какие и как давно)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет,

23. Замечаете ли Вы у ребенка чрезмерное смыкание зубов во время сна,

скрежетание зубами? Да Нет,

24. Есть ли у ребенка какие-либо вредные привычки (подчеркните): сосание пальца,

сосание соски, закусывание губ, другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? Нет,

25. Когда в последний раз ребенок был у стоматолога? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Занимается ли ребенок каким-либо активным видом спорта? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Если

Да, то каким? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет,

Я искренне ответил на вопросы анкеты, но еще хочу дополнительно сообщить о

состоянии здоровья ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

! Мне известно, что я обязательно должен сообщить врачу о том, что ребенок принимает

какие-либо лекарства

постоянно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

или, что он принял таблетку лекарственного вещества непосредственно перед приемом

у стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_