

ШТАМП МЕД. ОРГАНИЗАЦИИ

Официальное название мед.организации _____

Адрес местонахождения _____

Контактный телефон _____

Номер выписки _____

Выписка из истории развития ребёнка

Ф.И.О ребёнка _____

Дата рождения _____

Адрес регистрации по месту жительства _____

Наименование образовательной организации обучения/воспитания ребёнка _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя) _____

Анамнестические сведения:

Наследственная отягощённость _____

Беременность _____ как протекала _____

Роды _____ срочные, преждевременные, кесарево сечение, стимуляция в родах и др _____

Вес при рождении _____ Рост _____ Оценка по шк. Апгар при рождении _____

Развитие ребёнка в период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний) _____**Анамнез первых лет жизни:**

Когда начал держать голову _____ сидеть _____ ходить _____

Говорить первые слова _____ фразы _____

Информация о перенесенных заболеваниях _____

Оценка актуального соматического состояния ребёнка _____

*(заполняется педиатром)***Осмотр узкими специалистами**

<i>Специалист</i>	<i>Развернутый диагноз</i>	<i>МКБ-10</i>	<i>Дата, подпись, печать специалиста</i>
Педиатр			
Психиатр			
Невролог			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Логопед			
Др.специалисты			

Дата _____ Подпись главного врача (уполномоченного лица) _____