

Дата \_\_\_\_\_

## А Н А М Н Е З

Поступает: первично, повторно (за год)

ДДУ \_\_\_\_\_

ДОУ (класс, программа): \_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_

Жалобы (детальное описание): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Анамнез жизни:

Наследственность: \_\_\_\_\_

От какой беременности (отметить чем закончились предыдущие): \_\_\_\_\_

Течение беременности (токсикозы, угрозы прерывания, заболевания, прием лекарств, др.): \_\_\_\_\_

Роды по счету \_\_\_\_\_ на сроке \_\_\_\_\_ патология в родах (слабость родовой деятельности, стимуляция, оказание пособий, кесарево сечение, обвитие пуповиной, др.): \_\_\_\_\_

Крик \_\_\_\_\_ Оценка по шкале Апгар \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_ Длина тела \_\_\_\_\_

Выписка из роддома (на какие сутки, домой, переведен в др. мед. организацию, диагноз): \_\_\_\_\_

Психомоторное развитие: удерживает голову \_\_\_\_\_, сидит \_\_\_\_\_, ходит \_\_\_\_\_

Речевое развитие: первое слово \_\_\_\_\_ фразовая речь \_\_\_\_\_

логопедическая помощь: \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (ОРЗ (частота, осложнения стенозом гортани, БОС), пневмонии, бронхиты, ангины, отиты, инфекционные): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диспансерное наблюдение по сопутствующей патологии (специалисты, диагноз, наблюдение, рекомендации): \_\_\_\_\_

Операции \_\_\_\_\_

Травмы \_\_\_\_\_

Судороги, обмороки, пароксизмальные состояния \_\_\_\_\_

Аллергия, лекарственный анамнез (характер побочного действия) \_\_\_\_\_

Эпидемиологический анамнез \_\_\_\_\_

Особенности ребенка: поведение \_\_\_\_\_

сон \_\_\_\_\_ аппетит \_\_\_\_\_ стул \_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания \_\_\_\_\_

Адаптация в д/с, школе (успеваемость) \_\_\_\_\_

Увлечения: \_\_\_\_\_

Семья (полная, неполная, психологический климат, условия проживания ребенка) \_\_\_\_\_

Наличие других детей в семье: \_\_\_\_\_

**Анамнез заболевания:**

Наблюдение невролога, психиатра, логопеда (с какого возраста, диагноз, динамика симптомов)

Проведенное ранее лечение (когда, где; препараты, процедуры, СКЛ, последний курс, эффективность)

Проведенное ранее обследование и его результаты:

Инвалидность

«\_\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача:

**Дополнения к анамнезу:**

Подпись врача: