



СУДБУРСЬКІ НАРОДНІ ШКОЛИ

Медична форма стану здоров'я учня

Ім'я студента:

Чоловік ☐ Жінка ☐

Прізвище

Ім'я.

По-батькові

Адреса: _____

Телефон: _____ День народження: _____

Місяць/День/Рік

1. Чи мала мати дитини якісь серйозні захворювання, нещасні випадки або інші проблеми під час вагітності цією дитиною? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
2. Чи була ваша дитина недоношеною? Якщо так, у скільки тижнів вона народилася? Так ☐ Ні ☐

3. Чи були ускладнення при пологах? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
4. Чи були у вашої дитини затримки розвитку? (ходьба, лазіння, утримування предметів) Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
5. Чи були у вашої дитини серйозні захворювання чи нещасні випадки? Так ☐ Ні ☐
Коли? _____
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
6. Чи лежала ваша дитина коли-небудь у лікарні чи робила операцію? Так ☐ Ні ☐
Коли? _____
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
7. Чи є у вашої дитини будь-які медичні проблеми, які потребують допомоги? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
8. Чи приймає ваша дитина будь-які ліки на регулярній чи нерегулярній основі? Так ☐ Ні ☐
Назва препарату(ів) _____
Причина(и) _____
9. Чи була у вашої дитини коли-небудь алергія на ліки, їжу або укуси комах? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка опишіть _____
10. Чи були у вашої дитини інші алергічні реакції? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
11. Чи була у вашої дитини коли-небудь астма чи хрипи? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____
12. Чи були у вашої дитини проблеми з вухами або проблеми зі слухом Так ☐ Ні ☐
Якщо так, будь ласка, опишіть _____

13. Чи були у вашої дитини проблеми з зором?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, будь ласка, опишіть _____

14. Чи носить Ваша дитина окуляри?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, вкажіть, будь ласка, причину _____

15. Чи непритомніє ваша дитина, отримавши травму або в іншому випадку?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, будь ласка, опишіть _____

16. Чи були у вашої дитини напади?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, то наскільки часто _____

17. Чи є у вашої дитини захворювання серця?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, будь ласка, опишіть _____

18. У вашої дитини часті головні болі?

Так ☐ Ні ☐

19. У вашої дитини часто болить живіт?

Так ☐ Ні ☐

20. У вашої дитини часті ангіни?

Так ☐ Ні ☐

21. Чи є у вашої дитини проблеми зі шкірою, екзема?

Так ☐ Ні ☐

22. У вашої дитини часто бувають кровотечі з носа?

Так ☐ Ні ☐

23. Чи буває у вашої дитини тривалі кровотечі?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, будь ласка, опишіть _____

24. Чи були у вашої дитини проблеми зі стопами/суглобами?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, будь ласка, опишіть _____

с Чи є у вашої дитини порушення сну?

Так ☐ Ні ☐

Якщо так, будь ласка, опишіть _____

25. Є проблеми зі здоров'ям, які я хотів би обговорити зі шкільною медсестрою Так ☐ Ні ☐

Підпис: _____

Підпис батьків/опікуна

Дата: _____

місяць/день/рік

Дзвінки, обговорення, занепокоєння та/або запитання вед родини до Управління охорони здоров'я щодо здоров'я вашої дитини вітаються та заохочуються.

Сторінка 2