
(наименование медицинской организации)

(адрес местонахождения, телефон)

ФИО ребенка _____

Дата рождения « _____ » _____ г. возраст _____

Адрес проживания _____

ОО _____
(наименование образовательной организации; неорганизованный)

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Педиатр:

Наследственность: (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов, вредные привычки родителей) _____

Особенности беременности:
(по счету) _____; (заболевания матери во время беременности, наличие токсикоза, угрозы выкидыша, на каком сроке) _____

Роды: (по счету) _____; особенности протекания родов (патология в родах: затяжные, стремительные, преждевременные, кесарево сечение, стимуляция, др.) _____

Наличие внутриутробных инфекций у матери: (ЦВМ, токсоплазмоз, герпес), иные _____

Вес при рождении _____; Оценка по шкале Апгар при рождении _____ баллов _____

Куда переведен после родов: выписан домой, переведен в стационар _____

Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста: (наличие неврологических симптомов, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний) _____

Анамнез первых лет жизни: *психомоторное развитие*: начал держать голову с _____, ползать _____, ходить _____; *речевое развитие*: гуление с _____, лепет с _____, первые слова с _____, фразовая речь с _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка: _____

Перенесённые заболевания _____

Травмы, операции _____

Группа здоровья _____

Состоит на учете у специалистов: _____

(дата)

(личная печать и подпись врача — педиатра)

(запись врача должна быть читаема, разборчива, с подписью и печатью)

Заключения профильных врачей-специалистов

(записи врачей должны быть читаемы, разборчивы, с подписью и печатью)

Психиатр:

Диагноз _____

(диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя)

Шифр МКБ-10 _____

(шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя)

Рекомендуемые специальные условия _____

(дата)

(личная печать и подпись врача-психиатра)

Стоматолог* (зубы, прикус, уздечка, нёбо):

(дата)

(личная печать и подпись врача)

*для детей с нарушениями речи (группы компенсирующего обучения и в классы по программе для детей с тяжёлыми нарушениями речи)

Заключения врачей-специалистов, у которых ребенок находится на диспансерном учете (невролог, отоларинголог, окулист, хирург и др.)

врач-специалист

Диагноз _____

(диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя)

Шифр МКБ-10 _____

(шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя)

Рекомендуемые специальные условия _____

(дата)

(личная печать и подпись врача-психиатра)

врач-специалист

Диагноз _____

(диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя)

Шифр МКБ-10 _____

(шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя)

Рекомендуемые специальные условия _____

(дата)

(личная печать и подпись врача)