

Дата: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____ Имя: _____

Предпочитаемый пол:

 Мужской Женский Другой: _____ Предпочитаемое имя: _____

Предпочитаемое местоимение: _____

****Принесите с собой документы о прививках, мы сделаем их копии. *******Попросите своего врача ответить на все ваши вопросы*****Персональный медицинский анамнез** Да Нет Имеются ли у вас какие-либо конкретные причины для беспокойства по поводу здоровья вашего ребёнка в настоящее время? Если да, поясните: _____ Да Нет Имеются ли у вашего ребёнка какие-либо серьёзные заболевания (такие как астма, диабет и т.д.)? Если да, то какие? _____ Да Нет Принимает ли ваш ребёнок какие-нибудь лекарства (ежедневно или по необходимости)? Какие? _____ Да Нет Принимает ли ваш ребёнок какие-либо витамины, добавки, "альтернативные" лекарства или терапевтические средства? Какие? _____ Да Нет Наблюдается ли у вашего ребёнка какая-нибудь реакция на лекарства или прививки? Если да, поясните: _____ Да Нет Делались ли вашему ребёнку какие-либо операции, проводил ли он ночь в больнице? Если да, поясните: _____**Семейный анамнез** Неизвестен/Усыновление

Отметьте все следующие проблемы, которые имелись у ваших родителей, братьев, сестёр или других детей, и укажите, у кого именно:

Кто?

Кто?

 Заболевание крови: _____ Сердечный приступ: _____ Депрессия: _____ Лишний вес: _____ Высокое кровяное давление: _____ Алкоголизм: _____ Высокий уровень холестерина: _____ Физическое насилие: _____ Самоубийство: _____ Астма: _____ Жестокое обращение с детьми: _____ Конвульсии: _____ Аллергия: _____ Туберкулёз: _____ Рак: _____ Наркозависимость: _____ Диабет: _____ Сексуальное насилие: _____

Профилактическая медицинская помощь

Да Нет

- Используется ли для вашего ребёнка соответствующее его возрасту сиденье и (или) привязной ремень?
- Всегда ли ваш ребёнок надевает шлем, катаясь на велосипеде, скейтборде, лыжах и т.д.?
- Имеется ли в вашем доме пожарная сигнализация, огнетушители и сигнализация угарного газа?
- Курит ли кто-либо, живущий с вашим ребёнком?
- Предоставляется ли вашему ребёнку более 2 часов экранного досуга (компьютер, ТВ, планшеты)?
- Обследовался ли ваш ребёнок у стоматолога за последние 6 месяцев?
- Чистит ли ваш ребёнок зубы ежедневно?
- Находится ли ваш ребёнок в тесном контакте с человеком, больным туберкулёзом или подвергающимся риску туберкулёза (жившим в развивающейся стране, находившемся в специальном учреждении, бездомным, употребляющим внутривенный наркотик, имеющим положительную реакцию на ВИЧ)?

Образование

Где ваш ребёнок ходит в школу? _____ В каком он классе? _____

Какие у него средние отметки? _____

- Да Нет Имеется ли у вашего ребёнка План индивидуального обучения (Individualized Education Plan, IEP)/504?

Социальные аспекты

Да Нет

- Попадал ли ваш ребёнок за последние 12 месяцев в ситуации, где имели место угрозы, толчки, хватание, удары, пинки, поломка вещей или иное причинение вреда?
- Испытывал ли ваш ребёнок за последние 12 месяцев некомфортные прикосновения? Насильственные сексуальные контакты?
- С кем живёт ваш ребёнок? _____
- Передавался ли ваш ребёнок на патронатное воспитание?

Обзор систем (Имеются ли у вашего ребёнка В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ какие-нибудь проблемы, которые вы хотели бы обсудить сегодня)?

Да Нет

Какие?

Да Нет

Какие?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы со зрением _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с кожей _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с дыханием _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы со слухом _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с испражнением (выделением кала) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> головные боли, обмороки, головокружение, |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с желудком _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> любые случаи потери сознания _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> проблемы с мочеиспусканием (выделением мочи) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> трудности со сном, депрессия, гнев или нервность |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> боли в теле _____ | _____ |

Только для девочек

- Да Нет Нарушения менструального цикла, боли или поводы для беспокойства относительно менструаций вашего ребёнка?

Только для мальчиков

- Да Нет Проблемы с яичками или пенисом у вашего ребёнка?

Другие проблемы: _____

Только для служебного пользования

Reviewed by: _____

Date: _____

(на обороте)

November 2021