
наименование (штамп)
медицинской организации

Выписка из истории развития ребёнка № _____

Дата составления « ____ » _____ 20__ г.

1. ФИО ребёнка: _____
2. Дата рождения: _____
3. Адрес регистрации по месту жительства: _____
4. Наименование образовательной организации, где обучается/воспитывается ребенок _____
5. ФИО родителя (законного представителя) _____

1. Анамнестические сведения

- 1.1. Здоровье родителей _____
- 1.2. Особенности протекания беременности и родов
Беременность _____ (по счёту); течение беременности (токсикоз, угроза выкидыша, резус конфликт)
_____ прерывания беременности, заболевания _____
Роды:
по счёту _____ на какой неделе _____ самостоятельные/оперативные/родовспоможение
Протекавшие без осложнения/с осложнениями _____
Родовая травма (да/нет) Асфиксия (да/нет) Шкала АПГАР _____; Рост _____; Вес _____;
- 1.3. Психомоторное развитие до 3-х лет : по возрасту / с задержкой / с опережением
Перенесенные заболевания _____
Наблюдение специалистов _____
- 1.4. Речевое развитие ребёнка: по возрасту/с задержкой/с опережением
гуление _____; лепет _____; первые слова _____; речь фразой _____
Навыки самообслуживания: сформированы / в стадии формирования / не сформированы / грубо нарушены / _____
- 1.5. Перенесенные заболевания, травмы, операции

2. Заключение врачей, наблюдающих ребёнка:

1. Педиатр:

Дата обследования: « ____ » _____ 20 ____ г.

Заключение: _____

2. Невролог (если наблюдает):

Дата обследования: « ____ » _____ 20 ____ г.

Заключение: _____

3. Офтальмолог (если наблюдает):

Дата обследования: « ____ » _____ 20 ____ г.

Заключение: _____

4. Отоларинголог (если наблюдает):

Дата обследования « ____ » _____ 20 ____ г.

Заключение: _____

5. Хирург/ортопед (если наблюдает):

Дата обследования « ____ » _____ 20 ____ г.

Заключение: _____

Должность специалиста, заполнившего выписку

_____/_____
Подпись (Расшифровка подписи)

Главный врач или заведующий отделением

_____/_____
Подпись (Расшифровка подписи)

МП
медицинской организации