

\_\_\_\_\_  
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