

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ,**  
содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого,  
результатах медицинских обследований и (или) лечения,  
выданное медицинской организацией по месту жительства (регистрации) обследуемого  
в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.  
(действительно в течение 6 месяцев с даты заполнения)

(официальное название медицинской организации или штамп медицинской организации)

ФИО ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Наличие инвалидности \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_

**Анамнез жизни:**

Наследственная отягощенность \_\_\_\_\_  
(указать наличие наследственных заболеваний в семье)

Вредные привычки родителей: алкоголизм, курение, наркомания (нужное подчеркнуть)  
Течение беременности \_\_\_\_\_

Наличие внутриутробных инфекций у матери: (ЦМВ, токсоплазмоз, герпес), иные \_\_\_\_\_

Роды, в сроке \_\_\_\_\_ недель, протекавшие \_\_\_\_\_

Патология в родах \_\_\_\_\_

Безводный период \_\_\_\_\_ воды \_\_\_\_\_

Вес при рождении \_\_\_\_\_ длина при рождении \_\_\_\_\_

Оценка по шкале Апгар \_\_\_\_\_

Диагноз при рождении \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Группа риска \_\_\_\_\_

Развитие ребёнка в период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, прибавка в весе, частота и тяжесть различных заболеваний) \_\_\_\_\_

**Анамнез первых лет жизни ребёнка:**

**Темпы психомоторного развития:**

Начал держать голову с \_\_\_\_\_, сидеть \_\_\_\_\_, ползать \_\_\_\_\_, ходить \_\_\_\_\_

Речевое развитие: гуление с \_\_\_\_\_, лепет \_\_\_\_\_, первые слова \_\_\_\_\_, фразовая речь \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

**Оценка актуального соматического состояния ребёнка** (заключения врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации):

Диагноз основного и сопутствующих заболеваний (полный диагноз и шифр по МКБ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Требуется / не требуется (нужное подчеркнуть) необходимость лечения, препятствующего посещению образовательного учреждения.

Рекомендации педиатра \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Состоит на учете у врачей \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Данные обследования** (если ранее проводилось обследование)

ЭКГ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

РЭГ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Аудиограмма \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Дополнительное обследование**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись врача, заполнявшего форму \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Дата оформления выписки \_\_\_\_\_

Печать учреждения