

Анкета для родителей

Фамилия, имя ребёнка _____

Возраст _____, группа _____

| Вопрос | Ответ |
|--|-------|
| 1. Наблюдаются ли у вашего ребёнка следующие состояния: | |
| ● головные боли (беспричинные, при волнении, физической нагрузке) | |
| ● слезливость | |
| ● слабость, утомляемость после занятий, игр | |
| ● нарушение сна (плохое засыпание, чуткий сон, ночное недержание мочи, трудное вставание) | |
| ● повышенная потливость или появление красных пятен при волнении | |
| ● головокружения, неустойчивость при перемене положения тела | |
| ● обмороки | |
| ● боли, неприятные ощущения в сердце, сердцебиение, перебои | |
| ● повышенное давление | |
| ● частый насморк, кашель, потеря голоса | |
| ● боли в животе (до или после приема пищи, беспричинные) | |
| ● тошнота, отрыжка, изжога | |
| ● боли в пояснице | |
| ● боли при мочеиспускании | |
| 2. Перенес ли ваш ребёнок следующие заболевания: | |
| ● дизентерия | |
| ● болезнь Боткина | |
| 3. Бывает ли у вашего ребёнка аллергическая реакция: | |
| ● на пищу, запахи, цветы, лекарства (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) и др. (указать аллерген) | |
| ● прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) | |
| 4. Другие жалобы: | |
| | |