**АНКЕТА**

**ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

**ФИО**(ребенка)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Уважаемые родители!

Просим вас ответить на вопросы данной анкеты. Ответы помогут подобрать индивидуальный подход к развитию и здоровьесбережению дошкольника

в детском саду

**1.Как вы оцениваете здоровье ребенка:**

-хорошее

-удовлетворительное

-неудовлетворительное

**2.Укажите группу здоровья вашего ребенка:**

- Первая (здоров)

- вторая (кариес, др.)

- третья (хронические заболевания (какие))

- четвертая (хронические заболевания в стадии декомпенсации)

- пятая инвалидность)

**3. Имеются ли у вашего ребенка хронические заболевания, какие?**

**Инвалидность отметить отдельный пунктом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4.Укажите особенности физического развития вашего ребенка:**

- норма,

- дефицит массы,

- избыток массы,

- низкий рост

- другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.Укажите состояние опорно-двигательного аппарата вашего ребенка:**

- нормальная осанка,

-нормальная стопа,

- в осанке незначительные отклонения от нормы,

- значительные нарушения осанки,

-плоскостопие

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.Укажите особенности остроты зрения вашего ребенка:**

- зрение нормальное,

- острота зрения понижена,

- нарушения бинокулярного зрения

- другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Укажите особенности органов слуха:**

- нормальная острота слуха,

- пониженная острота слуха

- другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Укажите особенности состояния сердечнососудистой системы:**

- в норме,

- другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Укажите особенности состояния стороны нервной системы:**

- в норме,

- другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10.Беспокоят ли Вашего ребенка головные боли, головокружения, носовые кровотечения?**

- да

- нет

**11. Беспокоят ли Вашего ребенка боли в области поясницы, ночной энурез?**

- да

- нет

**12. Были ли у Вашего ребенка когда-либо судороги?**

**-** да

- нет

**13. Наблюдались ли у Вашего ребенка снохождение, сноговорение, беспокойный сон?**

- да

- нет

**14. Были ли травмы у Вашего ребенка (сотрясения головного мозга, ушибы головного мозга, переломы)?**

- да, укажите травмы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- нет

**15.Страдает ли Ваш ребенок расстройствами ЖКТ (тошнота, рвота, боли в животе, понос, запор, пищевая аллергия)?**

- да, укажите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- нет

**16. Имеются ли у Вашего ребенка аллергические реакции, если да укажите?**\_\_\_\_\_

**17.Часто ли болеет ребенок?**

- часто, укажите частоту и продолжительность заболеваний в течении года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- редко

- не болеет вообще

**18.По поводу каких заболеваний вы чаще всего обращаетесь к врачу?**

-респираторно-вирусные инфекции,

- аллергия,

- ЛОР-заболевания,

- заболевания органов дыхания

- заболевания желудочно-кишечного тракта,

- неврологические заболевания,

-эндокринной системы,

- сердечнососудистой системы,

- заболевание почек,

-опорно-двигательного аппарата,

- глаз,

- другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**19.Состоит ли Ваш ребенок на диспансерном учете у каких-либо специалистов. Если состоит, у каких?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**20.Получает ли ребенок в настоящее время лекарственные препараты, если «да», укажите:**

-заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-название препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**21. Проводите ли вы в семье профилактику заболеваемости:**

-делаем профилактические прививки

-проводим закаливание, зарядку

-используем средства народной медицины

-другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**22.Вакцинируете ли вы своего ребенка?**

- да, согласно нац. календаря прививок

- да, по индивидуальному графику

- нет, не вакцинирую ребенка

- нет, имеется длительный/постоянный медицинский отвод от прививок

**23. Проводилась ли ребенку вакцинация против полиомиелита (давность до 60 дней).**

- да, согласно нац. календаря прививок

- да, по индивидуальному графику

- нет, не вакцинирую ребенка

- нет, имеется длительный/постоянный медицинский отвод от прививок

**24. Проводится ли ребенку туберкулинодиагностика.**

- да

- нет

**23.Что, по вашему мнению, должны знать сотрудники детского сада о здоровье и особенностях развития вашего ребенка?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись\расшифровка законного представителя)