

штамп медицинской организации

Выписка № _____
из истории развития ребенка
с заключениями врачей из медицинской
организации по месту жительства

Фамилия, имя, отчество ребенка _____
Дата рождения _____ Возраст _____ Наименование ОО _____
Адрес регистрации по месту жительства _____ где обучается/воспитывается ребенок

ФИО родителя (законного представителя) _____
Наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов) _____
туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, психические заболевания, умственная отсталость и др.

Беременность (по счету) _____ Течение беременности (патологии) _____
Роды (по счету) _____ срок _____ Особенности протекания родов _____
затяжные, стремительные, стимуляция и др.

Вес _____ Длина _____ Оценка по АПГАР _____

Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста

Прибавка в массе тела _____ Голову держит _____ Комплекс оживления _____
Сидит _____ Стоит _____ Ходит _____
Перенесенные заболевания (частота и тяжесть) _____

Раннее речевое развитие (сроки появления показателей)

Гуление _____ Лепет _____ Первые слова _____
Простая фраза _____ Развернутая фраза _____

Состоит на учете у специалистов:

Невролог (заключение) _____

Отоларинголог (заключение) _____

Офтальмолог (заключение) _____

Педиатр (заключение) _____

Хирург, ортопед (заключение) _____

Психиатр (заключение) _____

Дата заполнения: «__» _____ 201__ г.

Подпись врача _____ / _____ /
М.П. _____
(расшифровка подписи)