

\_\_\_\_\_  
наименование (штамп)  
медицинской организации

### Выписка из истории развития ребёнка

Дата составления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Фамилия, Имя, Отчество ребенка: \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_

3. Домашний адрес: \_\_\_\_\_

#### 1. Анамнестические сведения

1.1. Здоровье родителей \_\_\_\_\_

1.2. Особенности протекания беременности и родов

Беременность \_\_\_\_\_ (по счету); течение беременности (токсикоз, I, II половины, угроза)

\_\_\_\_\_

прерывания беременности, заболевания \_\_\_\_\_

Роды:

по счету \_\_\_\_\_ в срок, преждевременные, запоздалые (нужное подчеркнуть)

Протекавшие без осложнения / с осложнениями \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

наркоз (да/нет); самостоятельные (да/нет); со стимуляцией (да/нет);

вес, длина, оценка по шкале АПГАР \_\_\_\_\_

1.3. Особенности раннего развития: (своевременное, опережающее, задержанное)

сидеть \_\_\_\_\_; ползать \_\_\_\_\_; ходить \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_

1.4. Перенесенные заболевания, травмы, операции

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Заключение врачей

### 1. Невролог:

Дата обследования: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_

### 2. Офтальмолог:

Дата обследования: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_

### 3. Отоларинголог/Сурдолог:

Дата обследования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_

### 4. Хирург/Ортопед:

Дата обследования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_

### 5. Педиатр:

Дата обследования: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /  
Подпись (Расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
Должность специалиста, заполнившего выписку

Главный врач или заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись (Расшифровка подписи)

МП  
медицинской организации