

**АНКЕТА**  
**ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ 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? \_\_\_\_\_**