

# АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ УЧЕНИКА/ СООБЩЕНИЕ ОПЕКУНА СЛУЖБЕ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Название школы:

Для медосмотра Вашего ребенка с началом занятий в школе просим Вас заполнить анкету и вернуть ее как можно быстрее школьной медсестре. Данные сведения считаются конфиденциальными.

<b>1 Ученик</b>	Фамилия и имена		Идентификационный код
	Домашний адрес		Домашний телефон
<b>2 Родители/ опекуны, у которых ученик живет</b>	Имя и год рождения		Профессия и служебный телефон
	Родной язык <input type="checkbox"/> финский <input type="checkbox"/> шведский <input type="checkbox"/> другой		Работа вне дома <input type="checkbox"/> днем <input type="checkbox"/> посменная <input type="checkbox"/> вечером <input type="checkbox"/> ночью <input type="checkbox"/> частые командировки
	Родственные/воспитательные отношения с учеником <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Приемный родитель <input type="checkbox"/> Другие отношения, какие:		
	Имя и год рождения		Профессия и служебный телефон
	Родной язык <input type="checkbox"/> финский <input type="checkbox"/> шведский <input type="checkbox"/> другой		Работа вне дома <input type="checkbox"/> днем <input type="checkbox"/> посменная <input type="checkbox"/> вечером <input type="checkbox"/> ночью <input type="checkbox"/> частые командировки
	Родственные/воспитательные отношения с учеником <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Приемный родитель <input type="checkbox"/> Другие отношения, какие:		
<b>3 Братья и сестры ученика</b>	Имя и год рождения	Состояние здоровья	Школа/детская консультация
<b>4 Состояние здоровья ученика в настоящее время</b>	<input type="checkbox"/> Хорошее <input type="checkbox"/> Удовлетворительное <input type="checkbox"/> плохое		
<b>5 Болезни ученика</b>	Какие у ученика болезни на данный момент?		
<b>6 Постоянный или регулярный прием лекарств учеником</b>	Название лекарства		
<b>7 Повышенная чувствительность ученика</b>	Пищевые продукты	Название вещества	
	Лекарства		
Другие вещества			
<b>8 Симптомы, регулярно проявляющиеся у ученика</b>	<input type="checkbox"/> Насморк <input type="checkbox"/> Затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Воспаления глотки <input type="checkbox"/> Экзема <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Желудочные боли <input type="checkbox"/> Боли, связанные с быстрым ростом <input type="checkbox"/> Отсутствие аппетита <input type="checkbox"/> Запоры <input type="checkbox"/> Усталость <input type="checkbox"/> Другие, какие:		
<b>9 Болезни, расстройства ученика</b>	Значимые длительные заболевания, несчастные случаи, операции, инвалидность или увечье		

<b>10 Зрение и слух ученика</b>	<input type="checkbox"/> Дефект зрения <input type="checkbox"/> Очки есть <input type="checkbox"/> Лечили из-за дефекта зрения, где:		
	<input type="checkbox"/> Дефект слуха <input type="checkbox"/> Слуховой аппарат есть <input type="checkbox"/> Лечили из-за дефекта слуха, где:		
	<input type="checkbox"/> Дефект речи, какой:	<input type="checkbox"/> Лечили из-за дефекта речи, где:	
<b>11 Иные симптомы, выявленные у ученика</b>	<input type="checkbox"/> Дневное недержание мочи <input type="checkbox"/> Ночное недержание мочи <input type="checkbox"/> Оправление в штаны <input type="checkbox"/> Трудности адаптации <input type="checkbox"/> Беспокойство <input type="checkbox"/> Страх <input type="checkbox"/> Упрямство и капризы <input type="checkbox"/> Обкусывание ногтей <input type="checkbox"/> Тик лицевой мышцы <input type="checkbox"/> Плаксивость <input type="checkbox"/> Сложности с засыпанием <input type="checkbox"/> Беспокойный сон <input type="checkbox"/> Скрежет зубами Лечится/лечился, где:		
<b>12 Дневной уход за учеником до поступления в школу</b>	<input type="checkbox"/> Домашний уход		Имя воспитателя/наименование места ухода
	Уход за ребенком в семейной группе		
	<input type="checkbox"/> частный <input type="checkbox"/> муниципальный Детский сад		
	<input type="checkbox"/> частный <input type="checkbox"/> муниципальный Детский дом		
<b>13 Уход за учеником вне школьного времени</b>	Кто ухаживает за ребенком вне школьного времени после того, как он поступил в школу?		Имя воспитателя/наименование места ухода
<b>14 Детская консультация, которую посещал ученик</b>	Детская консультация, которую ребенок посещал последнее время (наименование и адрес)		
<b>15</b>	Вы разрешаете делать Вашему ребенку необходимые в школьном возрасте основные и дополнительные прививки?	Может ли школьный врач или медсестра по своему усмотрению рассказывать учителю о таких проблемах здоровья Вашего ребенка, которые, возможно, влияют на школьные занятия?	Существуют ли нечто, что в соответствии с Вашим мировоззрением и Вашими пожеланиями следовало бы учесть при обучении Вашего ребенка в школе, а так же в системе школьного здравоохранения?
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>16 Дополнительные сведения об ученике</b>	Например, сведения о здоровье; дороге в школу; транспортных связях; здоровье членов семьи; особенностях жилищного положения ученика и прочее.		
<b>17</b>	Кроме того, есть что-нибудь еще, о чем Вы хотели бы поговорить со школьной медсестрой ?		
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, что:		
<b>18 Подпись</b>	Место и дата		Подпись опекуна и расшифровка имени
<b>19 Школьная медсестра</b>	Имя, фамилия		Телефонный номер