**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_АНКЕТА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Для экспресс-оценки здоровья ребенка***

**Фамилия, имя, отчество ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **ВОЗМОЖНЫЕ ЖАЛОБЫ** | **ВОЗРАСТ РЕБЕНКА** |
|  |  |  |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Головные боли любой причины. |  |  |  |  |  |
| 2 | Слабость, утомляемость. |  |  |  |  |  |
| 3 | Повышенная потливость или появление пятен при волнении. |  |  |  |  |  |
| 4 | Слезливость, частые колебания настроения, страхи. |  |  |  |  |  |
| 5 | Нарушения сна. |  |  |  |  |  |
| 6 | Снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам. |  |  |  |  |  |
| 7 | Головокружение. Неустойчивость при перемене положения тела. |  |  |  |  |  |
| 8 | Обмороки. |  |  |  |  |  |
| 9 | Двигательная расторможенность. |  |  |  |  |  |
| 10 | Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, грызет ногти…) |  |  |  |  |  |
| 11 | Боли, неприятные ощущения в области сердца. |  |  |  |  |  |
| 12 | Часто (больше 4 раз в году) насморк, кашель, потеря голоса. |  |  |  |  |  |
| 13 | Боли в животе. |  |  |  |  |  |
| 14 | Тошнота, отрыжка, изжога. |  |  |  |  |  |
| 15 | Нарушение стула (запоры, понос). |  |  |  |  |  |
| 16 | Боли в пояснице. |  |  |  |  |  |
| 17 | Боли при мочеиспускании. |  |  |  |  |  |
| 18 | Реакция на прививки. |  |  |  |  |  |
| 19 | Реакция на пищу, цветы. |  |  |  |  |  |
| 20 | Другие жалобы. |  |  |  |  |  |

**Фамилия заполнившего анкету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**