**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 |

**25.Что, по вашему мнению, должны знать сотрудники детского сада о здоровье и особенностях развития вашего ребенка?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_