**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 ростдругое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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 медициныдругое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **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?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_