

АНКЕТА (для родителей)

- | | |
|---|--------|
| 1. Бывают ли головные боли (беспричинные, при волнении, после физической нагрузки, после детского сада) | Да |
| Нет | |
| 2. Бывает ли (слезоточивость) слезливость | Да Нет |
| 3. Бывает ли слабость, утомляемость после занятий в детском саду | Да Нет |
| 4. Бывают ли нарушения сна (долгое засыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение утром) | Да Нет |
| 5. Отмечается ли потливость при волнении или появление красных пятен | Да Нет |
| 6. Бывают ли головокружения, неустойчивость при перемене положения тела | Да Нет |
| 7. Бывают ли обмороки, судороги | Да Нет |
| 8. Бывают ли боли, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, перебои | Да Нет |
| 9. Отмечалось ли когда-либо повышенное давление | Да Нет |
| 10. Бывает ли часто насморк | Да Нет |
| 11. Бывает ли часто кашель | Да Нет |
| 12. Бывает ли часто потеря голоса | Да Нет |
| 13. Бывают ли боли в животе | Да Нет |
| 14. Бывают ли боли в животе при приеме пищи | Да Нет |
| 15. Бывают ли боли в животе до еды | Да Нет |
| 16. Бывает ли тошнота, отрыжка, изжога | Да Нет |
| 17. Бывают ли нарушения стула (запоры, поносы) | Да Нет |
| 18. Бывает ли дизентерия | Да Нет |
| 19. Была ли болезнь Боткина | Да Нет |
| 20. Бывают ли боли в пояснице | Да Нет |
| 21. Бывают ли когда боли при мочеиспускании | Да Нет |
| 22. Бывает ли реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (сыпь, отеки, затруднительное дыхание) | Да Нет |
| 23. Бывает ли реакция на прививки (сыпь, отеки, затруднительное дыхание) | Да Нет |
| 24. Имелись ли проявления эксудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема) | Да |
| Нет | |
| 25. Имеются ли у ребенка нарушения речи (заикание, не произношение звуков, сколько зубов) | Да Нет |
| 26. Имеются ли у ребенка нарушения памяти (выступает ли на утренниках, заучивает ли наизусть дословно) | Да Нет |

