**Анкета для родителей**

Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, группа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Вопрос** | **Ответ** |
| **1.** Наблюдаются ли у вашего ребёнка следующие состояния: |
| ● головные боли (беспричинные, при волнении, физической нагрузке) |  |
| ● слезливость |  |
| ● слабость, утомляемость после занятий, игр |  |
| ● нарушение сна (плохое засыпание, чуткий сон, ночное недержание мочи, трудное вставание) |  |
| ● повышенная потливость или появление красных пятен при волнении |  |
| ● головокружения, неустойчивость при перемене положения тела |  |
| ● обмороки |  |
| ● боли, неприятные ощущения в сердце, сердцебиение, перебои |  |
| ● повышенное давление |  |
| ● частый насморк, кашель, потеря голоса |  |
| ● боли в животе (до или после приема пищи, беспричинные) |  |
| ● тошнота, отрыжка, изжога |  |
| ●боли в пояснице |  |
| ● боли при мочеиспускании |  |
| **2.** Перенес ли ваш ребёнок следующие заболевания: |
| ● дизентерия |  |
| ● болезнь Боткина |  |
| **3.** Бывает ли у вашего ребёнка аллергическая реакция: |
| ● на пищу, запахи, цветы, лекарства (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) и др. (указать аллерген) |  |
| ● прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) |  |
| **4.** Другие жалобы: |