

**Диспансеризация школьника  
в поликлинике по месту жительства  
с домашней мед. картой**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Состоит на "Д" учёте по поводу \_\_\_\_\_

Антропометрия: рост \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_

**Осмотр специалистов**

Окулист VIS OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

ЛОР \_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Эндокринолог \_\_\_\_\_

Стоматолог \_\_\_\_\_

Гинеколог (для девочек 9-11 кл.) \_\_\_\_\_

**Лабораторное обследование** (дата и полный анализ расписать)

ОАК \_\_\_\_\_

Кровь на сахар \_\_\_\_\_

ОАМ \_\_\_\_\_

Кал на я/г \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ резус-фактор \_\_\_\_\_ (для подростков 9-11 кл.)

ЭКГ (для подростков и "Д" группы) \_\_\_\_\_

Заключение участкового педиатра: АД \_\_\_\_\_, ЧСС \_\_\_\_\_, ЧД \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_

Физкультурная группа \_\_\_\_\_

Физическое развитие \_\_\_\_\_

ФИО уч. врача \_\_\_\_\_

(личная печать врача)