

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (3–6 ЛЕТ)

Имя и фамилия ребенка: \_\_\_\_\_  М  Ж Дата рождения: \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

(For office use only)

MARSS other ID: \_\_\_\_\_ Языки, на которых ребенок общается дома: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия лица, заполняющего форму: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Как часто Ваш ребенок посещает врача или медсестру? \_\_\_\_\_

Дата последнего приема здорового ребенка: \_\_\_\_\_

Как часто Ваш ребенок посещает стоматолога? \_\_\_\_\_

Дата последнего профилактического осмотра у стоматолога: \_\_\_\_\_

Дата последнего прохождения Вашим ребенком комплексной проверки зрения, если таковая имела место: \_\_\_\_\_

*Комплексная проверка зрения проводится оптометристом или офтальмологом.*

Есть ли у Вашего ребенка медицинская страховка?

Да  Нет  Подано заявление на получение страховки

**Пожалуйста, отметьте галочкой варианты, которыми пользуетесь Вы или Ваш ребенок, если такие есть:**

- Семейное воспитание детей раннего возраста
- Медицинские осмотры для детей и подростков
- Центр ухода за детьми
- Специальное образование для детей раннего возраста
- Дошкольное учреждение на базе школы
- Домашний уход/уход по соседству
- Программа для детей с задержкой в развитии Follow Along
- Частное дошкольное воспитательное учреждение
- Библиотека
- Обучение выполнению родительских обязанностей
- Программа дошкольного воспитания Head Start
- Специальная дополнительная программа питания для женщин, младенцев и детей WIC
- Программы отдыха в парках и оздоровительные программы
- Патронатное воспитание
- Питание

## ЗДОРОВЬЕ

Пожалуйста, отметьте галочкой любые проблемы, с которыми столкнулся Ваш ребенок, и опишите их:

- Аллергия на:  пищевые продукты  лекарственные препараты  животных/насекомых  
 пыль/плесень  сезонная
- Прием лекарственных препаратов, препаратов на основе трав и/или витаминов: \_\_\_\_\_
- Осмотры у врача (врачей), пребывания в больнице и/или перенесенные операции: \_\_\_\_\_
- Серьезные травмы или тяжелые заболевания, посещение отделения интенсивной терапии.  
Причина и дата: \_\_\_\_\_
- Травмы головы (потеря сознания) \_\_\_\_\_
- Отравление свинцом (с указанием уровня, если он известен): \_\_\_\_\_
- Проблемы с дыханием, кашель или астма: \_\_\_\_\_
- Проблемы кожи или сыпь: \_\_\_\_\_
- Припадки, приступы застывшего взгляда: \_\_\_\_\_
- Проблемы со зрением или использование очков: \_\_\_\_\_
- Использование трубок для вентиляции среднего уха (трубок регуляции давления) или проблемы со слухом: \_\_\_\_\_
- Зубы: одна или более полостей \_\_\_\_\_
- Прием пищи, проблемы с желудком или запор: \_\_\_\_\_
- Проблемы, связанные с психическим здоровьем, например тревожные состояния, депрессии или расстройства внимания. \_\_\_\_\_
- Был ли ребенок усыновлен, если да, то в каком возрасте: \_\_\_\_\_
- Проблемы в ходе беременности или во время родов. \_\_\_\_\_
- Ребенок был рожден более чем на три недели раньше или позже установленного срока  
\_\_\_\_\_ номер недели на дату родов. Вес ребенка при рождении: \_\_\_\_\_
- После родов ребенок оставался в больнице дольше матери, укажите причину: \_\_\_\_\_
- Возможно ли, что до того как вы узнали о беременности, вы принимали лекарственные препараты, употребляли алкоголь, курили или принимали наркотики? \_\_\_\_\_
- Пожалуйста, укажите любые другие проблемы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Пожалуйста, отметьте галочкой любые проблемы со здоровьем у членов семьи (родителей ребенка, братьев или сестер):**

- Расстройства внимания
- Проблемы со зрением
- Диабет
- Аллергия
- Проблемы с обучаемостью
- Проблемы роста
- Астма
- Психические расстройства
- Эпилепсия/Припадки
- Глухота/проблемы со слухом
- Серповидноклеточная анемия/Признак серповидноклеточной анемии
- Другие проблемы со здоровьем

## **РАСПОРЯДОК ДНЯ РЕБЕНКА**

- Засыпает в \_\_\_\_\_ вечера. Просыпается в \_\_\_\_\_ утра.
- Ежедневно выполняет физические упражнения в течение 60 минут или больше.
- Имеются трудности с засыпанием/проблемы со сном
- НЕ имеет возможности выполнять/НЕ выполняет физические упражнения в течение 60 минут
- Дневной сон с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_
- Время, проведенное за телевизором/компьютерными играми/перед экраном: \_\_\_\_\_ количество часов в день

**Каждый день получает продукты питания, относящиеся к следующим группам:**

- 5–9 порций фруктов/овощей: апельсины, яблоки, бананы, манго, ягоды, шпинат, кукуруза, горох
- 3 порции продуктов, содержащих кальций: молоко, сыр, йогурт, соевое молоко, тофу
- 2–3 порции продуктов, содержащих железо: рыба, птица, мясо, фасоль, бобовые, яйца
- 3 или более порций продуктов из цельного зерна: цельнозерновой хлеб, каша, бурый рис, лепешки из кукурузной или пшеничной муки, сухое печенье, макаронные изделия
- Более одной порции сладостей, фруктовых напитков или нездоровой пищи ежедневно

За последние 12 месяцев мы были обеспокоены тем, что запас продуктов у нас заканчивается до того, как появляется возможность купить еще:  да  нет

За последние 12 месяцев продуктов, которые мы покупали, было недостаточно и у нас не хватало денег, чтобы купить еще:  да  нет

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЛИЩА

### Текущая ситуация с жильем:

- аренда или домовладение
- проживание вместе с друзьями или семьей
- проживание в гостинице или мотеле
- использование временного убежища/временного жилья

Ваш ребенок проживает или играет в доме или здании, которые были построены до

- 1978 года и  перестраивались за последние 5 лет?

Есть ли в доме кто-то, кто следит за тем, чтобы Ваш ребенок не:

- курил/употреблял  алкоголь/имел  доступа к оружию?

Можете ли Вы указать проблемы, с которыми сталкивается Ваш ребенок:

- насилие  наркотики  небезопасные условия проживания?

### Используете ли Вы (или Ваш ребенок) следующие предметы:

- автокресла для детей, шлемы для езды на мотоцикле, детекторы дыма, индикаторы окиси углерода

## ОБУЧЕНИЕ

- Мой ребенок усвоил все необходимые навыки в том же возрасте, что и другие дети (умел сидеть, стоять, говорить, был приучен к горшку и т. п.)

Если нет, поясните: \_\_\_\_\_

Моему ребенку требуется помощь во время

- пользования туалетом  физической активности/передвижения
- одевания  кормления/приема пищи

Другое: \_\_\_\_\_

### Пожалуйста, отметьте галочкой любые из приведенных ниже вариантов:

- Считает от 1 до 10  Понимает других людей
- Имеются проблемы с речью или речь малопонятна  Умеет следовать указаниям
- Окружающие плохо понимают ребенка  Умеет играть в различные игры
- Неловко пользуется руками  Плохо ходит или бегает (падает)