



АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ

Загальна інформація
Дитина
П. І. Б. дитини:
Число, місяць, рік народження дитини:
Чи відвідує дитина дитячий садок/школу, з якого віку:
Діагноз (у разі наявності):
Вік, в якому було поставлено діагноз:
Поява перших симптомів (вік, особливості):
Інтереси:
Мати
П. І. Б.:
Рік народження :
Освіта:
Професія:
Місце роботи:
Контактний телефон:
Сімейне лівшество:
Причина звернення до психолога:
Батько
П.І.Б:
Рік народження:
Освіта:
Професія:
Контактний телефон:

Сімейне лівшество:
Причина звернення до психолога:
Соціальна ситуація розвитку
Склад сім'ї:
Умови проживання:
Зміна місця проживання (загальна кількість разів, дата останнього переїзду) :
Відносини дитини із членами сім'ї:
Перебіг вагітності
Вік матері на момент вагітності:
Вік батька на момент вагітності:
Попередня вагітність:
Перша половина вагітності (потрібне підкреслити): токсикоз (слабкий, виражений), анемія, ГРЗ, грип, медичне лікування (амбулаторне, стаціонар), загроза викидня (термін) _____
Друга половина вагітності (потрібне підкреслити): токсикоз, анемія, набряки, підвищений А. Т.
Психотравмуючі ситуації:
Пологи (потрібне підкреслити): в термін, раніше, пізніше терміну, самостійні, оперативні (планові, вимушені).
Родопоміч (потрібне підкреслити): стимуляція, крапельниця, механічне видавлювання плода, щипці, вакуум, кесарів розтин.
Мали місце (потрібне підкреслити): обвиття пуповини навколо шиї, відсутність крику, інша патологія при пологах _____
Вага та зріст дитини на момент народження:
Стаціонарне лікування дитини після пологів (так/ні, причини, висновок після стаціонару):
Розвиток дитини після пологів (потрібне підкреслити): рухове занепокоєння, часті відрижки, порушення сну, емоційна нестабільність, інші особливості _____

Розвиток протягом перших трьох років	
Моторні функції	
Голову тримає з _____ міс.	
Сидить з _____ міс.	
Повзає з _____ міс.	
Ходить самостійно з _____ міс.	
Відзначалися: гіпер / гіпотонус, здригування, тремор, тики	
Хвороби та фізичні травми	
До року перехворів:	
Лікування:	
Фізичні травми до року:	
З року до трьох перехворів:	
Лікування:	
Фізичні травми з року до трьох:	
Мовний розвиток	
Гуління з _____ міс.	
Слова з _____ міс.	
Фразове мовлення з _____ міс.	
Фахівці	
Дитина спостерігається (спеціаліст, з якого віку):	
Із дитиною працюють (спеціаліст, з якого віку):	
Напрямки роботи:	
Що ще ви вважаєте за необхідне повідомити про свою дитину	

Підпис: _____

Дата заповнення: _____