

ФИО _____
Дата рождения _____
класс _____

Профилактический медицинский осмотр

Приказ РФ МЗ №514н10.08.2017

Дата осмотра _____

Вес _____ рост _____ АД _____

Офтальмолог

Диагноз _____

Рекомендации _____

Врач _____

Детский стоматолог

Диагноз _____

Рекомендации _____

Врач _____

Педиатр

Жалобы _____

Состояние – удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые.

Л/узлы _____

Легкие _____ ЧД _____ Сердце _____ ЧСС _____

Живот мягкий,

безболезненный _____

Стул _____ Мочеиспускание _____

Диагноз _____

Группа здоровья _____

Физкультурная группа _____

Рекомендации _____

Врач _____ печать _____