

## Заключения по результатам обследования специалистами

### 1. Педиатр. Выписка из истории развития ребенка (эпикриз)

От какой беременности, протекание беременности \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_

При рождении: вес \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_ оценка по Апгар \_\_\_\_\_ б.

На диспансерном учете по Ф-3- (специалист, диагноз)

До 1 года \_\_\_\_\_

После года \_\_\_\_\_

Перенесенные инфекционные заболевания \_\_\_\_\_

Прочие заболевания:

До 1 года \_\_\_\_\_

После года \_\_\_\_\_

Травмы, операции \_\_\_\_\_

Аллергоanamнез \_\_\_\_\_

Реакции на прививки \_\_\_\_\_

Наследственность \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Физ. развитие \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

2. Заключение невропатолога (с указанием особенностей двигательной активности: ходьба самостоятельная; передвигается с поддержкой; самостоятельно не передвигается (нужное подчеркнуть), и состояние речевого развития) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

### 3. Заключение психиатра (Подъездной пер., 21, т. 312-73-23)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

4. Заключение врача ортопеда или хирурга о состоянии опорно-двигательного аппарата \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

5. Заключение врача-отоларинголога \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

6. Аудиометрия (если необходимо по показаниям ЛОРа) \_\_\_\_\_

7. Заключение врача хирурга \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

8. Заключение врача офтальмолога \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

9. Заключение учителя-логопеда (**заполняется на комиссии**):  
понимание обращенной речи \_\_\_\_\_

звукослогопроизношение \_\_\_\_\_

слоговая структура речи и звук наполняемость \_\_\_\_\_

фонематические функции \_\_\_\_\_

словарный запас \_\_\_\_\_

грамматический строй \_\_\_\_\_

уровень развития связной речи \_\_\_\_\_

9. Заключение учителя-дефектолога (**заполняется на комиссии**):

Заключение \_\_\_\_\_

Члены ТПМПК: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

### Выписка из истории развития ребенка

(карта комплексного обследования),

направляемого на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Фрунзенского района Санкт-Петербурга для определения образовательной программы и создания специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста

Фамилия имя отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации с указанием района города \_\_\_\_\_

Адрес проживания с указанием района города \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

ДОУ, которое посещает ребенок \_\_\_\_\_

ФИО законного представителя \_\_\_\_\_

Предварительное логопедическое заключение (заполняется лишь при посещении предварительной консультации учителя-логопеда)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_