

Карта медицинского обследования ребёнка для направления на ПМПК

Ребёнок _____ (Ф.И.О.)

Дата рождения «___» _____ г.

Адрес постоянного места жительства _____

Заключения врачей-специалистов:

Невролог: _____

(дата) _____ (подпись) М.П.

Отоларинголог: _____

(при нарушенном слухе - аудиограмма)
(дата) _____ (подпись) М.П.

Офтальмолог: _____

(с указанием остроты зрения на оба глаза в очках и без очков)

(дата) _____ (подпись) М.П.

Психиатр: _____

(с указанием состояния интеллекта)
(дата) _____ (подпись) М.П.

Заключения врачей, у которых ребёнок состоит на диспансерном учёте:

(дата) _____ (подпись) М.П.

(дата) _____ (подпись) М.П.

Дополнительная информация о ребёнке, в том числе сведения о наличии инвалидности:

