Pieczątka Zakładu

KARTA ZDROWIA DZIECKA

Nr karty .....

Data zarej. .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Nazwisko ..... Imię ..... Płeć: M Ż *)

Data urodzenia ..... Adres .....

Uczęszcza do (adres) żłobka ..... od ..... do (wiek) .....

Przedszkola od ..... do (wiek) ..... Szkoły (adres) .....

Opieka domowa	Imię i nazwisko	Wykonywany zawód	Sytuacja materialna i warunki społeczne środowiska domowego
ojciec			
matka			
inny opiekun			
Wywiad rodzinny od czasu zarejestrowania dziecka:			
Kolejność i przebieg ciąży oraz porodu:			

Mz/D-1

*) właściwe otoczyć obwódką

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak" lub „nie"	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak" lub „nie"	Niezdolność do pracy od - do

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak" lub „nie"	Niezdolność do pracy od - do