

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ф.И.О ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

№ п/п	Врач - специалист	Диагноз	Дата осмотра	Подпись врача и личная печать
1	Педиатр			
2	Дерматовенеролог			

Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глист (соскоб), флюорография (с 15 лет)

Справка об эпид. окружении ( срок действия 3 дня)

Осмотр на педикулез \_\_\_\_\_

Результаты анализов: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Физическое развитие, группа здоровья: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заключение о возможности (невозможности) круглосуточного нахождения ребенка в стационарном отделении социально - реабилитационного центра для несовершеннолетних:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись и личная печать врача-педиатра \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.  
ПОЛИКЛИНИКИ