

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)

Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечан
нет				
нет				
нет				
нет				
нет				
нет				

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа			
Краснуха			
Вирусный гепатит(А,В,С,Д)			

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции).

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении.

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности (согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Ф.И.О врача
от	до			

Иммунопрофилактические мероприятия согласно форме № 065/у «Карта профилактических прививок» 4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования»)

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования	18.04.25						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	2 мес 9 дн						
Рост	90.						
Вес	12 кг						
Жалобы	нет						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	соответ к вып.						
Группа здоровья	I группа						
Медицинская группа для занятий физкультурой	здоров						
Рекомендации	здоров						

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования								
Возраст ребенка (на момент осмотра)								
Рост								
Вес								
Жалобы								
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)								
Группа здоровья								
Медицинская группа для занятий физкультурой								
Рекомендации								



* при наличии

Scanned with
 CamScanner™

Осмотры специалистов

Педиатр (в т.ч. ЧСС, в мин АД, ЭР)

Диагност (ортопед)

Невропатолог (в т.ч. 10-1)

Оториноларинголог

Офтальмолог

Детский (с 3-х лет)

Стоматолог (ежегодно)

Другие специалисты

Лабораторные данные (общий

анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)

Заключительный диагноз

(в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)

Оценка физического развития

Оценка нервно-психического развития

Группа здоровья

Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)

Подпись врача педиатра

СТОМАТ

ОКУЛИСТ

ХИРУРГ

ЛОГ

ОАК, ОАМ, кал на яйца глист

Здоров
Здоров

Группа

Подпись

ОО «Медикор Илек»

Анализ № 96

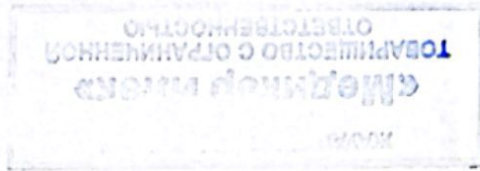
Кал на яйца глист

Омуралиев

Дата 27.08.25 Лаб.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген №
027/ө нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020



Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 21.04.25

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Медикер Илек"

1. ЖСН/ИИН

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

Омарбай Бексат

3. Туған күні (Дата рождения): 01.10.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.УЛ.

5. Медицинское

заключение: Здоров можно

посещать на бассейн и кружок

бокс и.т

6. Кал на я/г отрицательно

7. Рекомендации (при необходимости): Эпид. окружение чистое

8. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

Менделеева Гульфара Аязбековна



Мер
(Печать)

10