



### Hyvät vanhemmat

Lapsenne terveystarkastusta varten pyydän teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin yhdessä lapsenne kanssa. Vastaukset ovat **luottamuksellisia**. Lomake palautetaan suljetussa kuoressa koulun terveydenhoitajalle joko suoraan tai opettajan välityksellä.

|  |   |               |   |
|--|---|---------------|---|
| <b>Lapsen ja perheen perustiedot</b>                           | Nimi  |               | Henkilötunnus   |
|  | Osoite  |               | Postinumero ja -toimipaikka   |
|  | Vanhempi tai muu huoltaja   | Henkilötunnus | Puhelin päivisin  |
|  | Vanhempi tai muu huoltaja   | Henkilötunnus | Puhelin päivisin  |
|  | Vanhempien perhesuhteen muoto<br><input type="checkbox"/> avio- / avoliitto <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> yksinhuoltaja, kuka <input type="checkbox"/> muu                                 |               |   |
|  | Muutokset perhesuhteissa / huoltajuudessa (esim. avioero, uusperhe, vanhemman kuolema)  |               |   |
|  | Suhteet muualla asuvaan vanhempaan / sisarukseen, tapaamisjärjestelyt, kuinka usein   |               |   |
|  | Tapaaminen muualla asuvan vanhemman kanssa (päivää kuukaudessa)   |               |   |
| Lapsen sisarukset ja muut perheenjäsenet, nimi ja syntymävuosi |   |               |   |
| <b>Lapsen koulunkäynti</b>                                     | Käykö lapsenne mielellään koulussa<br><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei, miksi   |               |   |
|  | Onko lapsellanne ystäviä<br><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei  |               | Onko lapsellanne hyvät välit opettajien kanssa<br><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei tietoa |
|  | Kiusataanko / syrjitäänkö lastanne koulussa<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, miten  |               |   |
|  | Onko lapsellanne oppimisvaikeuksia<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei tietoa   |               | Onko lapsellanne keskittymisvaikeuksia<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei tietoa         |
|  | Koulunkäynnin tukitoimet<br><input type="checkbox"/> tuki- ja / tai erityisopetus, missä aineessa _____   |               |   |
|  | <input type="checkbox"/> erityisen tuen päätös <input type="checkbox"/> terapia (fysio-, puhe-, toimintaterapia, muu), mikä   |               |   |
|  | <input type="checkbox"/> Lapsella on kontakti koulukuraattoriin / psykologiin tai lastenpsykiatriin <input type="checkbox"/> Perheellä on kontakti perheneuvolaan   |               |   |
|  | <input type="checkbox"/> Lapsella on henkilökohtainen kouluavustaja   |               |   |
| <b>Lapsen terveydentila</b>                                    | Vanhempien arvio lapsen terveydentilasta<br><input type="checkbox"/> erittäin hyvä <input type="checkbox"/> melko hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> melko huono <input type="checkbox"/> huono |               |   |
|  | Lapsen oma arvio terveydentilastaan<br><input type="checkbox"/> erittäin hyvä <input type="checkbox"/> melko hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> melko huono <input type="checkbox"/> huono      |               |   |
|  | Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva, mikä  |               |   |
|  | Missä hoidetaan   |               |   |
|  | Lääkehoito  |               |   |



|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Lapsen ja perheen terveys-tottumukset</b>   | Lapsi nukkuu arkisin klo — ja viikonloppuisin klo —  |   |
|  | Perheen yhteinen aika, harrastukset  |   |
|  | Onko perheessänne taloudellisia huolia   |   |
|  | Kuinka monta tuntia vuorokaudessa lapsenne katsoo tv:tä ja / tai käyttää tietokonetta ja / tai pelaa konsolipelejä   |   |
|  | Lapsen kotiintuloaika on arkisin klo — ja viikonloppuisin klo —  |   |
|  | Mitä lapsenne tekee vapaa-aikana / lapsen harrastukset   |   |
|  | Tupakoidaanko perheessänne<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä<br><input type="checkbox"/> äiti <input type="checkbox"/> isä <input type="checkbox"/> molemmat | Käytetäänkö perheessänne alkoholia<br><input type="checkbox"/> ei<br><input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein |
|  | Tupakoidaanko perheessänne sisätiloissa  |   |
|  | Oletteko huolissanne perheenjäsenen päihteiden käytöstä<br><input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä  |   |
|  | Esiintyykö perheessänne kiusaamista tai väkivaltaa<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, millaista  |   |
| Onko lapsenne kasvussa ja / tai kehityksessä jotakin, joka mietityttää teitä<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä |  |   |
| Onko perheessänne asioita, jotka voivat vaikuttaa lapseenne<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä                  |  |   |
| Kuvaillaa lapsenne myönteisiä luonteenpiirteitä ja taitoa tulla toimeen ikätovereiden kanssa   |  |   |
| <b>Päiväys ja allekirjoitukset</b>   | Päiväys  | Huoltajan allekirjoitus   |
|  |  | Huoltajan allekirjoitus   |