



Sinulle on tulossa terveystarkastus \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_

Täytä alla olevat esitiedot ja tuo lomake mukanasi terveydenhoitajalle tapaamiseen tullessasi.

<b>A</b> <b>Yhteystiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite	Puhelin	
	Vanhempi tai muu huoltaja	Puhelin päivisin	
	Vanhempi tai muu huoltaja	Puhelin päivisin	
<b>B</b> <b>Koulu</b>	Tuntuuko koulunkäynti sinusta <input type="checkbox"/> mukavalta <input type="checkbox"/> joltain muulta <input type="checkbox"/> ikävältä		
	Onko oppiminen sinulle <input type="checkbox"/> helppoa <input type="checkbox"/> jotkut aineet vaikeita <input type="checkbox"/> vaikeaa		
	<input type="checkbox"/> olen saanut tukiopetusta / erityisopetusta <input type="checkbox"/> opetusaineitani on yksilöllistetty / helpotettu		
	Onko kotitehtävien teko sinusta <input type="checkbox"/> helppoa <input type="checkbox"/> sujuu kohtalaisesti <input type="checkbox"/> vaikeaa		
	Onko luokkasi ilmapiiri <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> jotain muuta <input type="checkbox"/> huono		
	Onko sinulla ystäviä luokassa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
	Kiusataanko tai syrjitäänkö sinua <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
	Onko sinulla tällä hetkellä <input type="checkbox"/> kaksi tai useampia ystäviä <input type="checkbox"/> yksi ystävä <input type="checkbox"/> ei yhtään ystävää		
	Onko sinulla koulutoveri, jota kiusataan tai syrjitään <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
	Onko sinulla hyvät välit opettajiisi <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
	Käytkö koulukuraattorilla tai koulupsykologilla <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä		
	Jännittääkö sinua seuraavat asiat <input type="checkbox"/> ei jännitä <input type="checkbox"/> kokeet <input type="checkbox"/> kotiasioiden paljastuminen <input type="checkbox"/> tunnilla esiintyminen <input type="checkbox"/> tunnilla vastaaminen <input type="checkbox"/> toiset oppilaat <input type="checkbox"/> muuta, mitä _____		
	Oletko kohdannut väkivaltaa koulussa tai vapaa-ajalla <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä		
	<b>C</b> <b>Terveyden-tila</b>	Koetko itsesi terveeksi <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> en osaa sanoa	
		Milloin viimeksi otit jotakin lääkettä ja mihin tarkoitukseen	
Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä _____ missä hoidetaan _____ lääkehoito _____			
Oletko ollut sairaalahoitossa viimeisen vuoden aikana <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, miksi _____ missä hoidetaan / hoidettu _____			

	Allergiät (ruoka-aine / muut), mitä																																				
	Tapaturmat (viimeisen 12 kuukauden aikana)																																				
	Onko sinulla ollut seuraavia oireita viimeisen 12 kuukauden aikana																																				
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ei</th> <th>Kyllä</th> <th>Lisätietoa / kuinka usein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Päänsärkyä</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vatsavaivoja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Univaikeuksia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Huimausta / pyörtyilyä</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ihottumaa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nivelkipuja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Selkä- / hartiakipuja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muita toistuvia vaivoja, mitä</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ei	Kyllä	Lisätietoa / kuinka usein	Päänsärkyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vatsavaivoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Univaikeuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Huimausta / pyörtyilyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ihottumaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nivelkipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Selkä- / hartiakipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Muita toistuvia vaivoja, mitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ei	Kyllä	Lisätietoa / kuinka usein																																		
Päänsärkyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Vatsavaivoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Univaikeuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Huimausta / pyörtyilyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Ihottumaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Nivelkipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Selkä- / hartiakipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Muita toistuvia vaivoja, mitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
	Mielipiteeni pituudestani ja painostani																																				
<b>D Terveys- tottumukset</b>	Syön päivittäin																																				
	<input type="checkbox"/> aamupalan <input type="checkbox"/> kouluruuan <input type="checkbox"/> päivällisen <input type="checkbox"/> välipaloja <input type="checkbox"/> iltapalan																																				
	Syötkö päivittäin D-vitamiinilisää																																				
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en																																				
	Käytätkö maitotuotteita päivittäin																																				
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en																																				
	Nukun																																				
	arkisin klo _____ ja viikonloppuisin klo _____																																				
	Miten vietät vapaa-aikasi																																				
	Harrastuksesi																																				
	Ruutu aika päivässä (tietokone-, konsoli-, kännykkäpelit, televisio)																																				
	<b>tuntia päivässä</b>																																				
Mitkä ovat kotiintuloaikasi																																					
arkisin klo _____ ja viikonloppuisin klo _____																																					
Onko sinulle tarjottu tupakkaa, nuuskaa, huumeita tai alkoholia																																					
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä																																					
Kuuluuko ystäväpiiriisi nuoria, jotka ovat kokeilleet tupakkaa, nuuskaa, alkoholia tai huumeita																																					
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä																																					
Oletko huolestunut tuttavasi / perheenjäsenesi päihteiden käytöstä																																					
<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä																																					

	<p>Tupakoitko</p> <input type="checkbox"/> en	<p>Käytätkö alkoholia</p> <input type="checkbox"/> en
	<input type="checkbox"/> olen kokeillut	<input type="checkbox"/> olen kokeillut
	<input type="checkbox"/> satunnaisesti	<input type="checkbox"/> joskus _____ kertaa/kk
	<input type="checkbox"/> säännöllisesti _____ savuketta päivässä	kuinka paljon ja mitä
	milloin aloitit _____	
	milloin olet ajatellut lopettaa _____	<input type="checkbox"/> usein _____ kertaa/kk
	<input type="checkbox"/> olen lopettanut	kuinka paljon ja mitä
	Montako kertaa päivässä harjaat hampaasi	
<b>E</b> <b>Kysymyksiä</b> <b>tytöille ja</b> <b>pojille</b>	Oletko tyytyväinen murrosiän kehitykseesi	
	Ovatko seurusteluun liittyvät asiat sinulle ajankohtaisia	
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Kaipaanko tietoa ihmissuhteisiin liittyvistä asioista, esim. seurustelu	
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en	
	<b>Kysymyksiä tytöille</b>  Ovatko kuukautisesi alkaneet <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei  Kuukautisten alkamisikä _____ vuotta Vuoto kestää _____ vrk Kierron pituus _____ vrk  Onko kuukautiskiertosi säännöllinen <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Onko sinulla kuukautiskipuja <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei  Onko sinulla kysymyksiä tai huolia ehkäisyyn tai sukupuoliseen kypsymiseen liittyvissä asioissa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	<b>Kysymyksiä pojille</b>  Onko sinulla ahdas esinahka <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä  Onko sinulla toinen kives huomattavasti suurempi tai vain toinen kives todettavissa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä  Onko sinulla kysymyksiä tai huolia ehkäisyyn tai sukupuoliseen kypsymiseen liittyvissä asioissa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
<b>F</b> <b>Perhe</b>	Perheeseesi kuuluvat	
	Suhteesi vanhempiisi ovat	
	<input type="checkbox"/> hyvät <input type="checkbox"/> kohtalaiset <input type="checkbox"/> huonot	
	Mistä asioista sinun ja vanhempiesi välille syntyy riitoja	
	Voitko kertoa asioistasi	
	<input type="checkbox"/> vanhemmille <input type="checkbox"/> sisaruksille <input type="checkbox"/> ystäville <input type="checkbox"/> jollekin muulle <input type="checkbox"/> en kenellekään	
	Onko elämässäsi tapahtunut viime aikoina	
	<input type="checkbox"/> ei mainittavaa muutosta	
	<input type="checkbox"/> muutto	<input type="checkbox"/> vanhempien ero
	<input type="checkbox"/> läheisen runsas alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/> vanhempien uusi avio-/avoliitto
	<input type="checkbox"/> läheisen kuolema	<input type="checkbox"/> läheisen muu sairaus
	<input type="checkbox"/> oma sairaus	
	<input type="checkbox"/> veljen/siskon syntymä	<input type="checkbox"/> perheväkivaltaa
		<input type="checkbox"/> muu, mikä
	Asioita, joissa tunnet olevasi hyvä ja arvostat itseäsi	
<b>Päiväys ja oppilaan allekirjoitus</b>	Päiväys	Oppilaan allekirjoitus