

Lapsenne kouluuntulotarkastusta varten pyydämme Teitä täyttämään lomakkeen ja ottamaan sen mukaan terveystarkastukseen. Laajassa tarkastuksessa keskustellaan lapsen terveyden- ja hyvinvoinnin lisäksi koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Lapsen asuessa kahdessa kodissa voidaan kummassakin täyttää oma lomake. Kysymyksiä kautta saatte käsityksen terveystarkastuksen sisällöstä ja vastauksenne auttavat suuntaamaan sitä perheenne tarpeiden mukaiseksi. Lomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain terveydenhuollon käyttöön.

Oppilas	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	Luokka
Huoltajat	Sukunimi ja etunimet	Syntymäaika	Puhelinnumero
	Sukunimi ja etunimet	Syntymäaika	Puhelinnumero
	Huoltajuus <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus <input type="checkbox"/> uusi avo-/avioliitto <input type="checkbox"/> muu		
Perheen muutokset	<input type="checkbox"/> avio/avoero v. _____ <input type="checkbox"/> uusi liitto äidillä <input type="checkbox"/> uusi liitto isällä		
	Tapaamisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään		
Oppilaan sisarukset ja muut oppilaan kanssa asuvat	Sukunimi ja etunimet	Syntymäaika	Suhde oppilaaseen
Oppilaan nykyinen terveydentila	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> tyydyttävä <input type="checkbox"/> huono		
Oppilaan sairaudet, tapaturmat, leikkaukset sekä poikkeamat kehityksessä	Mitä sairauksia on tai on ollut? Missä ja minä vuonna on tutkittu, todettu tai hoidettu? Sairauden aiheuttamat rajoitteet ja haitat tällä hetkellä?		
Oppilaan jatkuva tai toistuva lääkitys	Lääkkeen nimi ja annostus		
Oppilaan yliherkkyydet	<input type="checkbox"/> ruoka-aine, mikä _____ <input type="checkbox"/> lääkeaine, mikä? _____ <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____		
Oppilaalla nykyään toistuvat oireet	<input type="checkbox"/> päänsärky <input type="checkbox"/> ummetusta/ tuhrimista <input type="checkbox"/> nukahtamisvaikeuksia, yöllisiä heräilyjä <input type="checkbox"/> levottomuutta, keskittymisvaikeuksia <input type="checkbox"/> ihottumaa <input type="checkbox"/> ruokailuun liittyviä ongelmia <input type="checkbox"/> väsymystä <input type="checkbox"/> ahdistuneisuutta/masennusta <input type="checkbox"/> jalkasärkyä <input type="checkbox"/> jatkuvaa nenän tukkoisuutta <input type="checkbox"/> jännittämistä, pelkoja, arkuutta <input type="checkbox"/> aggressiivisuutta/uhmakkuutta <input type="checkbox"/> vatsakipuja <input type="checkbox"/> kastelua/virtsamiseen liittyviä ongelmia <input type="checkbox"/> yksinäisyyttä <input type="checkbox"/> muuta, mikä? _____		

Oppilaan terveys-tottumukset	Lapsenne Nukkuu arkisin _____ tuntia, klo _____ - _____ viikonloppuna _____ tuntia, klo _____ - _____ Liikkuu päivittäin noin _____ tuntia (koulumatkat ja koululiikunta, ulkoilu ja liikuntaharrastukset) Ruutu-aika arkena _____ tuntia/pvä (TV, tietokone, pelikoneet, puhelin ym.) viikonloppuna _____ tuntia/pvä		
Oppilaan puhe ja kehitys	<input type="checkbox"/> Puhehäiriöt/äänivirheet, mikä? <input type="checkbox"/> Hoidettu/hoidossa, missä? <input type="checkbox"/> Kehitysviive/oppimisvaikeudet, mikä? <input type="checkbox"/> Tunne-elämän ja mielialan ongelmat, mikä?		
Vanhempien kasvutiedot	Biologisen isän pituus ja kasvutapa/ kypsyisaikataulu cm	Biologisen äidin pituus ja kuukautisten alkamisikä cm vuotta	
Oppilaan perhe ja lähisuku	Mitä sairauksia vanhemmillä, sisaruksilla ja isovanhemmillä on (esim. korkea kolesteroli, diabetes, keliakia, kilpirauhassairaus, kehitysviive, oppimisvaikeus)? Kenellä?		
Oppilaan vahvuudet	Mitkä ovat lapsenne parhaat puolet?		
Oppilaan perhe Arvioi ja valitse sopivin vaihtoehto	Perheellämme on: tarkennusta asiaan Riittävästi yhteistä aikaa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei _____ Enimmäkseen sopuisa ilmapiiri ja turvallista kaikille <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei _____ Tapana kertoa päivän tapahtumista <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei _____ Yhteinen ruokahetki päivittäin <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei _____ Onko perheessänne asioita, jotka vaikuttavat lapsenne hyvinvointiin (esim. surua, menetyksiä, jaksamisvaikeuksia, pitkäaikaissairautta, mielenterveysongelmia, väkivaltaisuutta, runsasta päihteiden käyttöä, taloudellisia huolia, asumiseen liittyviä huolia)? Koetteko tarvitsevanne apua lapsenne kasvatukseen liittyvissä asioissa? ei saamme jo tukea, mistä (esim. perhetyö, perheneuvola)? kyllä, millaista?		
Muuta	Sallitteko, että lapsellenne suoritetaan kouluikässä tarpeelliset perus- ja tehosterokotukset <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Onko teillä elämäntarkastukseenne perustuvia asioita, jotka toivotte otettavan huomioon koulussa ja kouluterveydenhuollossa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Onko mielessänne jokin asia, josta haluatte keskustella ilman lapsenne läsnäoloa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Lisätietoja	Mihin asiaan toivoisitte lapsenne terveystarkastuksessa kiinnitettävän erityistä huomiota?		
Täytetään tarvittaessa vastaanotolla	Suostun siihen, että kouluterveydenhuolto antaa tietoa lapseni (mistä ja kenelle?)		
Allekirjoitus	_____ Paikka ja aika _____ Huoltajan allekirjoitus _____ Huoltajan allekirjoitus		