

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. Kysymyksien kautta saatte käsityksen terveystarkastuksen sisällöstä ja vastauksenne auttavat suuntaamaan sitä perheenne tarpeiden mukaiseksi. Lomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain terveydenhuollon käyttöön.

<b>Oppilas</b>	Sukunimi ja etunimet _____	Henkilötunnus _____	Luokka _____
<b>Huoltajat</b>	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		
<b>Perheen muutokset</b>	<input type="checkbox"/> avio/avoero v. _____ <input type="checkbox"/> uusi liitto äidillä <input type="checkbox"/> uusi liitto isällä		
	Tapaamisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään _____		
<b>Oppilaan sisarukset ja muut oppilaan kanssa asuvat</b>	Sukunimi ja etunimet _____	Syntymäaika _____	Suhde oppilaaseen _____
<b>Oppilaan nykyinen terveydentila</b>	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> tyydyttävä <input type="checkbox"/> huono		
<b>Oppilaan sairaudet, tapaturmat, leikkaukset sekä poikkeamat kehityksessä</b>	Mitä sairauksia on tai on ollut? Missä ja minä vuonna on tutkittu, todettu tai hoidettu? Sairauden aiheuttamat rajoitteet ja haitat tällä hetkellä?		
<b>Oppilaan jatkuva tai toistuva lääkitys</b>	Lääkkeen nimi ja annostus _____		
<b>Oppilaan yliherkkyydet</b>	<input type="checkbox"/> ruoka-aine, mikä _____ <input type="checkbox"/> lääkeaine, mikä? _____ <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____		
<b>Oppilaalla nykyään toistuvat oireet</b>	<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/uhmakuutta <input type="checkbox"/> vatsakipuja <input type="checkbox"/> kastelua/virtsamiseen liittyviä ongelmia <input type="checkbox"/> yksinäisyyttä <input type="checkbox"/> muuta, mikä? _____		

<b>Oppilaan terveys-tottumukset</b>	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		
<b>Oppilaan puhe ja kehitys</b>	<input type="checkbox"/> Puhehäiriöt/äänivirheet, mikä? <input type="checkbox"/> Kehitysviive/oppimisvaikeudet, mikä? <input type="checkbox"/> Hoidettu/hoidossa, missä? <input type="checkbox"/> Tunne-elämän ja mielialan ongelmat, mikä?		
<b>Vanhempien kasvutiedot</b>	Biologisen isän pituus ja kasvutapa/ kypsyisaikataulu cm	Biologisen äidin pituus ja kuukautisten alkamisikä cm vuotta	
<b>Oppilaan perhe ja lähisuku</b>	Mitä sairauksia vanhemmilla, sisaruksilla ja isovanhemmilla on (esim. korkea kolesteroli, diabetes, keliakia, kilpirauhassairaus, kehitysviive, oppimisvaikeus)? Kenellä?		
<b>Oppilaan vahvuudet</b>	Mitkä ovat lapsenne parhaat puolet?		
<b>Oppilaan perhe</b>  <b>Arvioi ja valitse sopivin vaihtoehto</b>	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? _____		
<b>Muuta</b>	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
<b>Lisätietoja</b>	Mihin asiaan toivoisitte lapsenne terveystarkastuksessa kiinnitettävän erityistä huomiota?		
<b>Täytetään tarvittaessa vastaanotolla</b>	Suostun siihen, että kouluterveydenhuolto antaa tietoa lapseni (mistä ja kenelle?)		
<b>Allekirjoitus</b>	_____ Paikka ja aika                      Huoltajan allekirjoitus                      Huoltajan allekirjoitus		