

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 terveydenhuollon salassapitosäädökset koskevat niitä. Tarkastuksesta tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin.

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 äidillä <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus isällä <input type="checkbox"/> muu mikä? _____		
Perheen muutokset	<input type="checkbox"/> avio/avoero, minä vuonna _____ <input type="checkbox"/> uusi liitto äidillä, minä vuonna _____ <input type="checkbox"/> uusi liitto isällä, minä vuonna _____		
	Tapaamisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään		
Oppilaan sisarukset ja muut oppilaan kanssa asuvat	Sukunimi ja etunimet, syntymäaika ja 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"/> päänsärkyä <input type="checkbox"/> ummetusta/tuhrimista <input type="checkbox"/> nukahtamisvaikeuksia, yöllisiä heräilyjä <input type="checkbox"/> ihottumaa <input type="checkbox"/> ruokailuun liittyviä ongelmia <input type="checkbox"/> levottomuutta, keskittymisvaikeuksia <input type="checkbox"/> väsymystä <input type="checkbox"/> ahdistuneisuutta, masennusta <input type="checkbox"/> aggressiivisuutta, uhmakkuutta <input type="checkbox"/> jalkasärkyä <input type="checkbox"/> jatkuvaa nenän tukkoisuutta <input type="checkbox"/> jännittämistä, pelkoja, arkuutta <input type="checkbox"/> vatsakipuja <input type="checkbox"/> yksinäisyyttä <input type="checkbox"/> kastelua/ virtsaamiseen liittyviä ongelmia <input type="checkbox"/> muuta, mitä? _____		

Oppilaan terveys-tottumukset	Lapsenne ateriat		arkena	viikonloppuna	Käyttää
	aamupala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Maitoa ja/tai maitotuotteita <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	kouluruoka/lounas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D-vitamiinia <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	iltapäivän välipala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	päivällinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	iltapala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Kuinka monta tuntia lapsenne nukkuu		Kuinka monta tuntia lapsenne liikkuu päivittäin (koulumatkat ja koululiikunta, ulkoilu ja liikuntaharrastukset)?		Lapsenne ruutu-aika tunteina (TV, tietokone, pelikoneet, puhelin ym.)
	Arkena _____ h, kellonaika _____		_____		Arkena _____
	Viikonloppuna _____ h, kellonaika _____		_____		Viikonloppuna _____
Biologisten vanhempien kasvutiedot	Isän pituus (cm)	Isän kasvutapa/ kypsymsaikataulu		Äidin pituus (cm)	Äidin kuukautisten alkamisikä
Oppilaan perhe ja lähisuku	Mitä sairauksia vanhemmilla, sisaruksilla ja isovanhemmillä on (esim. korkea kolesteroli, diabetes, keliakia, kilpirauhassairaus, kehitysviive, oppimisvaikeus)? Kenellä?				
Oppilaan vahvuudet	Mitkä ovat lapsenne parhaat puolet?				
Oppilaan perhe	Perheellämme on	kyllä	ei	tarkennusta asiaan	
Arvioi ja valitse sopivin vaihtoehto	Riittävästi yhteistä aikaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
	Enimmäkseen sopuisa ilmapiiri ja turvallista kaikille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
	Tapana kertoa päivän tapahtumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
	Yhteinen ruokahetki päivittäin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
	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?				
	<input type="checkbox"/> ei				
	<input type="checkbox"/> saamme jo tukea, mistä (esim. perhetyö, perheneuvola)? _____				
	<input type="checkbox"/> kyllä, millaista? _____				
Muuta	Sallitteko, että lapsellenne suoritetaan kouluiässä tarpeelliset perus- ja tehosterokotukset		Onko teillä elämäkatsomukseenne perustuvia asioita, jotka toivotte otettavan huomioon koulussa ja kouluterveydenhuollossa		Onko mielessänne jokin asia, josta haluatte keskustella ilman lapsenne läsnäoloa?
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Lisätietoja	Mihin asiaan toivoisitte lapsenne terveystarkastuksessa kiinnitettävän erityistä huomiota?				
Allekirjoitus	Paikka ja aika	Huoltajan allekirjoitus		Huoltajan allekirjoitus	