

Terveyskysely 5.luokkalaisten huoltajille

Lomakkeen täyttäminen ja jokaiseen yksittäiseen kysymykseen vastaaminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia ja terveydenhuollon salassapitosäädökset koskevat niitä. Tiedot tulevat vain terveydenhuollon käyttöön ja jäävät terveyskeskuksen potilasasiakirjarekisteriin.

HENKILÖ- TIEDOT	Lapsen nimi	
	Henkilötunnus	Lapsen äidinkieli, jos muu kuin suomi
	Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Äidin nimi, puhelin (ja osoite, jos muu kuin lapsen)	Isän nimi, puhelin (ja osoite, jos muu kuin lapsen)
	Lapsi asuu <input type="checkbox"/> molempien vanhempien luona <input type="checkbox"/> äidin luona <input type="checkbox"/> isän luona <input type="checkbox"/> vuorotellen toisen vanhemman luona <input type="checkbox"/> muualla, missä? _____	
	Muutokset perheessä <input type="checkbox"/> avio-/avoero v. _____ <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus (oikeuden päätös) <input type="checkbox"/> uusi avio-/avoliitto v. _____ <input type="checkbox"/> muu _____ Tapaamis- /asumisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään _____ _____	
Muu läheinen aikuinen ja puhelinnumero, johon kouluterveydenhuolto voi tarvittaessa olla yhteydessä.		
PERHE- YHTEISÖ	Lapsen sisarukset ja syntymävuodet	Muut perheeseen kuuluvat henkilöt
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

TERVEY- DENTILA	Millaiseksi arvioitte lapsenne nykyisen terveydentilan? <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> keskinkertainen <input type="checkbox"/> huono
	Onko lapsellanne <input type="checkbox"/> pitkäaikainen sairaus ja/tai vamma? _____ <input type="checkbox"/> jatkuva/säännöllinen lääkitys? _____ <input type="checkbox"/> sovittuja kontrollitarkastuksia? Missä ja milloin viimeksi? _____ <input type="checkbox"/> todettuja allergioita (ruoka-aine, lääkeaine, siitepöly jne.)? _____ _____
	Onko lapsellanne ollut käyntejä <input type="checkbox"/> fysioterapeutilla <input type="checkbox"/> toimintaterapeutilla <input type="checkbox"/> puheterapeutilla <input type="checkbox"/> perheneuvolassa <input type="checkbox"/> ravitsemusterapeutilla
	Onko lapsellanne <input type="checkbox"/> pitkittynyttä yskää tai nuhaa <input type="checkbox"/> ihottumaa <input type="checkbox"/> huimausta <input type="checkbox"/> jännittyneisyyttä/pelkoja <input type="checkbox"/> vatskipuja <input type="checkbox"/> epätavallista väsymystä <input type="checkbox"/> alakuloisuutta/vetäytyneisyyttä <input type="checkbox"/> päivä- tai yökastelua <input type="checkbox"/> päänsärkyä <input type="checkbox"/> muuta, mitä?
Onko perheenjäsenillä <input type="checkbox"/> pitkäaikaisia sairauksia (esim. reuma, sydän- ja verisuonisairaudet, astma, diabetes, psyykinen sairaus). Kenellä, mitä? _____ _____	
	<input type="checkbox"/> kohonneita kolesteroliarvoja? Kenellä? _____

SOSIAALI- SET TAIDOT JA KOULUN- KÄYNTI	Kuvailkaa lapsenne temperamenttia/luonnetta.
	Mikä lapsessanne ilahduttaa teitä?
	Miten lapsenne koulunkäynti ja kotitehtävät sujuvat?
	Saako lapsenne tukea oppimiseen? (tukiopetus, erityisopetus, pienryhmä) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Mitä? _____
Tapaako lapsenne / onko lapsenne tavannut koulukuraattoria tai koulupsykologia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Miksi? _____	
Miten mielestänne kodin ja koulun yhteistyö sujuu?	

	Onko koulunkäynti lapselle mieluisaa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En tiedä	<input type="checkbox"/> Ei
	Onko lapsellanne kavereita koulussa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En tiedä	<input type="checkbox"/> Ei
	Kiusataanko lastanne koulussa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En tiedä	<input type="checkbox"/> Ei
	Onko lapsenne kiusannut muita koulussa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En tiedä	<input type="checkbox"/> Ei

PERHEEN ARKI	Mitkä ovat perheenne vahvuudet?
	Miten perheessänne vietetään yhteistä aikaa?
	Miten perheessänne riidellään? Onko lapsenne joutunut kokemaan/näkemään perheessänne väkivaltaista käyttäytymistä?
	Miten lapsenne käyttäytyy kodin ristiriitatilanteissa?
	Onko lapsenne elinympäristössä ja elinolosuhteissa sellaisia asioita, jotka voivat vaikuttaa lapsenne kehitykseen, hyvinvointiin tai koulutyöhön (esim. taloudelliset huolet, päihdeongelmat, jaksamisvaikeudet, mielenterveysongelmia)?
	TUPAKKA JA PÄIHTEET
	Tupakoidaanko perheessänne? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Kuka? _____
	Käytetäänkö perheessänne päihteitä, jos kyllä niin miten? (esim. alkoholi, huumeet, lääkkeiden väärinkäyttö)?
Oletteko keskustelleet lapsenne kanssa tupakasta, nuuskasta tai päihteistä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	

HYVINVOINTI, KASVU JA KEHITYS	UNI
	Nukahtaako lapsenne yleensä iltaisin helposti? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	Onko lapsellenne aamuherääminen helppoa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	Häiritseekö jokin asia lapsenne unta? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

RAVITSEMUS	
Montako ateriaa lapsenne syö vuorokaudessa? _____	
Mikä on lapsenne ruokajuoma? _____	
Käyttääkö lapsenne päivittäin D-vitamiinia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Käyttääkö lapsenne energiajuomia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Mikä perheenne ruokailutottumuksissa on hyvää?	
VAPAA-AIKA	
Miten lapsenne viettää vapaa-aikaansa?	
Onko lapsellanne kavereita vapaa-ajalla? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Tiedättekö missä ja kenen kanssa lapsenne viettää vapaa-aikaansa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Paljonko lapsellanne on keskimäärin päivässä	
ulkoilu- ja liikunta-aikaa _____ tuntia	
ruutuaikaa (tv, tietokone, pelit) _____ tuntia	
MURROSIKÄ	
Oletteko huomanneet lapsessanne murrosiän kehitykseen liittyviä muutoksia? Mitä?	
Oletteko keskustelleet lapsenne kanssa murrosiästä?	
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mistä teemoista?	
TOIVEITA TERVEYS-TARKASTUKSEN SUHTEEN	
Annan terveydenhoitajalle luvan keskustella opettajan kanssa lapsen selviytymisestä koulussa ennen koululääkärin tarkastusta ja sen pohjalta kertoa mahdollisista huolenaiheista koululääkärille	
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Annan luvan MOVE!-tietojen luovuttamiseksi kouluterveydenhuoltoon	
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys