



Terveystarkastuksen esitietolomake ekaluokkalaisen vanhemmille

Lapsenne kouluterveydenhuollon terveystarkastus lähestyy. Ensimmäisen luokan laajassa terveystarkastuksessa keskustelemme lapsen ja koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Pohdimme myös lapsen koulunkäyntiin ja vapaa-aikaan liittyviä asioita. Kutsumme vanhemmat mukaan lapsen laajaan terveystarkastukseen. Osallistumiseen on hyvin tärkeää.

Toivomme teidän täyttävän tämän lomakkeen ja palauttavan sen annettujen ohjeiden mukaisesti. Lapsen asuessa kahdessa kodissa voidaan kummassakin täyttää oma lomake. Lomake on suunniteltu vanhempien täytettäväksi, mutta vastauksia voidaan pohtia keskustellen lapsen kanssa. Kysymyksiä kautta saatte käsityksen terveystarkastuksen sisällöstä. Vastauksenne auttavat suuntaamaan terveystarkastusta perheenne tarpeiden ja toiveiden mukaiseksi. Keskustelemme lomakkeen aiheista tarkastuksessa.

Lomakkeen täyttäminen ja jokaiseen yksittäiseen kysymykseen vastaaminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia ja terveydenhuollon salassapitosäädökset koskevat niitä. Terveystarkastuksesta tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin, jonka jälkeen esitietolomakkeet hävitetään. Kouluterveydenhuollon asiakirjat ovat osa terveystarkastuksen potilasasiakirjarekisteriä.

Oppilas:

Nimi _____ Luokka _____
Henkilötunnus _____ Kodin kieli/kieliet _____

Vanhemmat/huoltajat:

Nimi _____ Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin _____
Nimi _____

Lapsi asuu

- molempien vanhempien kanssa
 äidin kanssa
 isän kanssa
 muu järjestely, mikä? _____

Muutokset perheen rakenteessa

- ei muutoksia
 avo/avioero vuonna _____
 yhteishuoltajuus
 yksinhuoltajuus äiti/isä (ympyröi)
 uusi avo/avioliitto vuonna _____
 muu _____

Tapaamisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään

Onko lapsellanne sisaruksia?

- ei kyllä, nimet ja syntymävuodet
- _____

Muut perheeseen tai samaan talouteen kuuluvat henkilöt

LAPSEN TERVEYS JA HYVINVOINTI

Millaiseksi arvioitte lapsenne nykyisen terveydentilan? hyvä keskinkertainen huono

Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen (fyysinen tai psyykkinen) oire, sairaus tai vamma?

ei kyllä, mikä? Hoitotaho ja nykyiset hoidot sekä rajoitteet

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| • allergia | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • erityisruokavalio | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • lääkkeiden käyttö | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |

Onko lapsellanne ollut toistuvasti viimeisen vuoden aikana?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| • väsymystä tai uniongelmia | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • arkuutta tai jännittyneisyyttä | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • väkivaltaisuutta, aggressiivisuutta | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • levottomuutta, keskittymisvaikeutta | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • pelkoja, ahdistuneisuutta | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • alakuloisuutta, vetäytyneisyyttä | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • yö- tai päiväkastelua | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • kipuja rasituksessa | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • muita oireita, vaivoja tai kipuja | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |
| • tapaturmia | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> kyllä |

Onko lapsellanne ollut koskaan tajuttomuuskohtauksia makuulla tai rasituksessa? ei kyllä

Onko lapsenne suvussa perinnöllisiä tai toistuvia sairauksia tai äkkikuolemia alle 50-vuotiaana?

ei kyllä _____

TERVEYSTOTTUMUKSET

Lapsemme

- **nukkuu** arkisin _____ tuntia, klo _____ – _____
viikonloppuna _____ tuntia, klo _____ – _____
- **liikkuu** päivittäin noin _____ tuntia (koulumatkat ja koululiikunta, ulkoilu ja liikuntaharrastukset)
- **ruutu-aika** arkena _____ tuntia/pvä (älypuhelin, tietokone, pelikoneet, TV ym.)
viikonloppuna _____ tuntia/pvä

Tiedättekö mitä lapsenne tekee internetissä? kyllä ei

Perheemme ruokailutottumuksissa on

hyvää _____

kehittävää _____

Lapsemme ateriat

arkisin

viikonloppuisin

- | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| aamupala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kouluruoka/lounas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iltapäivän välipala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| päivällinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iltapala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lapsemme käyttää

maitoa ja/tai maitotuotteita

kyllä

ei

D-vitamiinia

kyllä

ei

Perheemme tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö:

- tupakka ei kyllä _____
- nuuska ei kyllä _____
- alkoholi ei kyllä _____
- huumeet ei kyllä _____

Miten lapsenne huolehtii henkilökohtaisesta hygieniasta? (hampaiden pesu, suihku ym.)

KOULU

Miten lapsenne koulunkäynti ja kotitehtävät sujuvat?

Mitkä ovat lapsenne vahvuudet koulussa?

Saako lapsenne /onko lapsenne saanut tukea oppimiseen? (tukiopetus, pienryhmä, erityisopetus ym.)

ei kyllä, mitä?

Tapaako lapsenne / onko lapsenne tavannut koulukuraattoria tai koulupsykologia?

ei kyllä, miksi?

Miten mielestänne kodin ja koulun yhteistyö sujuu?

- Onko koulunkäynti lapsellenne mieluisaa? kyllä en tiedä ei
- Onko lapsellanne kavereita koulussa? kyllä en tiedä ei
- Kiusataanko lastanne koulussa? kyllä en tiedä ei

Aamun ja iltapäivän hoitojärjestelyt ensimmäisen kouluvuoden aikana

VAPAA-AIKA

Mitä lapsenne tekee vapaa-aikanaan? (yksin/kavereiden/perheen kanssa tai harrastuksissa)

Lapsemme kotiintuloaika iltaisin on klo _____

- Onko lapsellanne kavereita vapaa-ajalla? kyllä ei
- Tunnetteko lapsenne kavereita? kyllä ei
- Kiusataanko lastanne vapaa-ajalla? kyllä en tiedä ei
- Tiedättekö missä ja kenen kanssa lapsenne viettää vapaa-aikaansa? kyllä ei



PERHE

Onko perheellänne riittävästi yhteistä aikaa?
Kuinka vietätte sitä?

 kyllä

 ei

Perheessämme

- on tapana kannustaa ja antaa positiivista palautetta kyllä ei
- jaetaan kotityöt kyllä ei
- on turvallista kaikille ja yleensä sopuisa ilmapiiri kyllä ei
- on tapana kertoa päivän tapahtumista kyllä ei
- on sovittu säännöistä yhdessä kyllä ei
- on yhteinen ruokahetki päivittäin kyllä ei

Miten perheessänne ratkaistaan tilanteet, joissa lapsi on rikkonut sovittuja sääntöjä tai käyttäytyy huonosti?

Koetteko tarvitsevanne apua lapsenne kasvatukseen liittyvissä asioissa?

 ei

 kyllä, millaista? _____

 saamme jo tukea/olemme saaneet tukea, mistä? (esim. kasvatus- ja perheneuvola) _____

Oppilaan hyvinvointiin ja kouluselviytymiseen vaikuttavat kaikki perheen huolet, voimavaroja vievät asiat ja muutokset. Onko teidän perheessänne?

- pitkäaikaissairauksia (fyysistä tai psyykkistä) ei kyllä
- jaksamisvaikeuksia, uupumista tai masennusta ei kyllä
- turvattomuutta tai väkivaltaisuutta ei kyllä
- päihdeongelmia tai -riippuvuutta ei kyllä
- ongelmia perheenjäsenten välisissä suhteissa ei kyllä
- taloudellisia huolia ei kyllä
- surua tai menetyksiä ei kyllä
- jotakin muuta ajankohtaista, mitä? ei kyllä

Keneltä saatte tarvittaessa tukea perheenne arjen sujumiseen?

 isovanhemmilta

 entiseltä puolisolta

 naapureilta

 ei keneltäkään

 ystäviltä

 muilta _____

Perheenne vahvuuksia _____

Mikä lapsessasi ilahduttaa sinua? _____

Toiveita terveystarkastuksen suhteen _____

Päiväys _____

Lomakkeen täyttäjän/täyttäjien allekirjoitus _____