



## 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. Osallistumisenne 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. Kysymyksien 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 \_\_\_\_\_