



3. LUOKAN OPPILAAN TERVEYSTARKASTUS (oppilaan vanhemmille)
(Tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain kouluterveydenhoitajan ja lääkärin käyttöön)

Oppilaan nimi: _____ Syntymäaika: _____

Osoite: _____

Äiti:	Isä:
Osoite:	Osoite:
Työpaikka:	Työpaikka:
Puh.nro, koti/työ:	Puh.nro koti/työ:

Muut perheenjäsenet:

--

Muutokset perheessä: avio-/avoero v. _____ yhteishuoltajuus yksinhuoltajuus
 uusi avio-/avoliitto

Tapaamisjärjestelyt muualla asuvaan vanhempaan:

1. Arvio lapsen terveydentilasta: Hyvä Tyydyttävä Huono

Onko oppilaalla seuraavia terveydentilaan liittyviä oireita:

Allergiat: _____

Pitkäaikaissairaus: _____

Lääkitys: _____

Vatsakipu Päänsärky Univaikeudet Lihaskipu Jännittämistä/pelkoja/masentuneisuutta

Muita oireita _____

2. Oppiminen

Vanhemman käsitys lapsen koulunkäynnistä ja oppimisesta: _____

Erityisopetus: _____

3. Onko perheessänne ollut huolia tai muutoksia, jotka voivat vaikuttaa lapsen kouluselviytymiseen? Esim. muutto, ero, sairaus, työttömyys, taloudelliset ongelmat, mielenterveysongelmat, lähisuhdeväkivalta, päihteiden käyttö.

4. Oppilaan ja Perheen terveystottumukset

Ravitsemus:			
Mitä lapsenne syö aamupalaksi _____			
Käyttääkö lapsenne maitotuotteita vähintään 5–6 dl päivässä?	Kyllä <input type="checkbox"/>	En osaa sanoa <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Onko teillä käytössä d-vitamiinilisä ympäri vuoden?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Lepo:			
Oppilaan nukkumaanmeno-aika arkisin klo _____			
Häiritseekö jokin asia oppilaan unta (esim. painajaiset, yökastelu, nukahtamisvaikeudet)?			

Vapaa-aika ja liikunta:			
Oppilaan ulkoilu keskimäärin _____ tuntia päivässä			
Tv:n katselu _____ tuntia päivässä	Erilaiset video-/tietokonepelit _____ tuntia päivässä		
Oppilaan harrastukset _____			

Liikkuuko lapsenne mielestänne riittävästi? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
Kaverisuhteet _____			

Tupakka, alkoholi, päihteet:			
Tupakoidaanko perheessä, kuka? _____			
Alkoholin käyttö perheessä:			
Ei lainkaan <input type="checkbox"/>	Harvoin <input type="checkbox"/>	Viikoittain <input type="checkbox"/>	Päivittäin <input type="checkbox"/>
Oletteko keskustelleet tupakkaan ja päihteisiin liittyvistä asioista kotona? _____			

5. Voin kehua lastani siitä, että _____

6. Onko jokin asia, mihin haluaisitte tarkastuksessa kiinnitettävän erityistä huomiota?

7. Saako kouluterveydenhoitaja keskustella opettajan kanssa lapsesi terveydentilaan liittyvistä asioista, jotka mahdollisesti vaikuttavat koulutyöhön? kyllä ei

Päiväys _____ / _____ 20 _____

Huoltajan/huoltajien allekirjoitus _____

PALAUTETAAN TERVEYDENHOITAJALLE

KIITOS!