



TERVEYSKYSELY – UUSI OPPILAS

UUSI OPPILAS

luottamuksellinen /ei arkistoida

HENKILÖTIEDOT	Lapsen nimi	Koulu ja luokka
	Henkilötunnus	Lapsen äidinkieli
	Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin kotiin	Lapsen oma matkapuhelin
	Äidin nimi, osoite, puhelin	Isän nimi, osoite, puhelin
	Äidin ammatti, työpaikka, työpuhelin	Isän ammatti, työpaikka, puhelin
	Lapsi asuu <input type="checkbox"/> äidin ja isän luona <input type="checkbox"/> muualla?, missä? <input type="checkbox"/> äidin luona <input type="checkbox"/> isän luona	Muutokset perheessä <input type="checkbox"/> avio-/avoero v. <input type="checkbox"/> uusi avio-/avoliitto <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus
	Tapaamisjärjestelyt muualla asuvaan vanhempaan	
	Muu läheinen aikuinen, puhelin	
PERHEYHTEISÖ	Oppilaan sisarukset, syntymävuodet	Muut perheeseen kuuluvat henkilöt
KOULUNKÄYNTI	Miten lapsenne koulunkäynti on sujunut?	
	Onko lapsenne saanut tukiopetusta, erityisopetusta?	

OPPILAAN JA HÄNEN PERHEENSÄ NYKYTILANNE	Mitkä asiat sujuvat perheessänne hyvin?
	Lasten hyvinvointiin ja kouluselviytymiseen vaikuttavat myös kaikki perheen huolet. Onko perheessänne esim. sairautta, mielenterveysongelmia, sosiaalisia, taloudellisia tai muita huolia, väkivaltaa, päihteiden käyttöä? Missä asioissa tarvitsisitte tukea?

OPPILAAN TERVEYDENTILA	Millainen on lapsenne terveydentila?
	Onko lapsellanne toistuvia oireita? Mitä?
	Onko lapsellanne jokin pitkäaikaissairaus? Mikä?
	Käyttääkö lapsenne säännöllisesti jotain lääkitystä? Mitä?
	Onko lapsenne käynyt toistuvasti lääkärissä tai ollut sairaalahoidossa viime aikoina? Miksi?
	Onko lapsellanne jokin yliherkkyys? Mikä ja millaisia oireita se aiheuttaa?
	Onko lapsenne saanut jotain kuntoutusta? Mitä ja jatkuuko se?

OPPILAAN TERVEYS- TOTTUMUKSET	RUOKAILU
	Minkälainen ateriarytmi lapsellanne on?
	Onko lapsellanne erityisruokavalio?
	Tarkempi selvitys erityisruokavaliolomakkeella.
	LEPO
	Lapsen nukkumaanmeno aika arkisin klo _____, nukkuu _____ tuntia yössä
	Lapsen nukkumaanmeno aika viikonloppuisin klo _____, nukkuu _____ tuntia yössä
	LIIKUNTA JA VAPAA-AIKA
	Lapsenne harrastukset:
	Lapsenne kuluttaa aikaansa keskimäärin päivässä
	ulkoillen _____ tuntia, TV:tä katsellen _____ tuntia, pelaten tietokoneella/ viihdepelejä _____ tuntia
	Mitä teette perheen yhteisellä ajalla?
	TUPAKKA, ALKOHOLI, PÄIHTEET
Tupakoidaanko perheessänne? Kuka ja kuinka paljon?	
Alkoholin, päihteiden käyttö perheessä?	

ODOTUKSIA JA TOIVOMUKSIA KOULUTERVEY- DENHUOLLOLLE	
---	--

Saako kouluterveydenhoitaja antaa tietoja opettajalle lapsesi terveydentilaan liittyvistä asioista, jotka mahdollisesti vaikuttavat koulutyöhön?

kyllä

ei

Päiväys ____/____ 20 ____

Allekirjoitus _____

PALAUTUS KOULUTERVEYDENHOITAJALLE!