

3.-LUOKAN OPPILAAN TERVEYSTARKASTUS

Lomake oppilaan vanhemmille

Tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin käyttöön.

Oppilaan nimi: _____ Syntymäaika: _____

Osoitetiedot: _____

Perheen tiedot

Äiti:	Isä:
Osoite:	Osoite: (jos eri kuin äidillä)
Työpaikka:	Työpaikka:
Puh.nro:	Puh.nro:

Sisarukset / muut perheenjäsenet

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

Tapaamisjärjestelyt muualla asuvaan vanhempaan:

Arvio lapsen terveydentilasta hyvä keskinkertainen huono

Allergiat: _____

Pitkäaikaissairaus: _____

Säännöllinen lääkitys: _____

Onko lapsellanne ollut toistuvasti viimeisen vuoden aikana seuraavia terveydentilaan liittyviä oireita?

 Päänsärky Univaikeuksia Vatsakivut Lihaskivut Jännittämistä/pelkoja/masentuneisuutta Väsymystä Keskittymisvaikeuksia Yö- tai päiväkastelua Muuta, mitä? _____

Oppiminen/koulunkäyntiVanhemman käsitys lapsen koulunkäynnistä ja oppimisesta?

Saako lapsenne tukea oppimiseen? (tukiopetus, pienryhmä, erityisopetus, yms)

 Ei Kyllä, mitä? _____

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

Perheen terveystottumukset**Ravitsemus**

Lapsemme ruokailutottumuksissa on

hyvää: _____

kehitettävää: _____

Käyttääkö lapsenne maitotuotteita vähintään 5-6dl/päivä? Kyllä EiOnko lapsellanne käytössä d-vitamiinilisä? Kyllä Ei Talvikuukausina**Lepo**

Lapsen nukkumaanmeno-aika arkisin klo ____ viikonloppuisin klo ____

Häiritseekö lapsen unta jokin? (esim. painajaiset, yökastelu, nukahtamisvaikeudet)

Vapaa-aika

Lapsenne liikkuu keskimäärin ____ tuntia päivässä (koulumatkat ja -liikunta, ulkoilu, harrastukset)

Onko liikunnan määrä mielestänne riittävä? Kyllä Ei

Ruutu-aika (tv, tietokone, pelikoneet, puhelin ym)

arkena _____ h/päiviä

viikonloppuna _____ h/päivä

Onko lapsellanne joitakin harrastuksia? _____

Kaverisuhteet _____

Tupakka, alkoholi, päihteet perheessäTupakointi Kyllä, kuka? _____ EiAlkoholi Ei lainkaan Harvoin Viikottain PäivittäinMuut päihteet: Kyllä EiOletteko keskustelleet tupakkaan ja päihteisiin liittyvistä asioista kotona? _____

Voin kehua lastani siitä, että _____

Onko jotakin, mihin haluaisitte erityisesti kiinnitettävän huomiota tarkastuksessa?

Saako kouluterveydenhoitaja keskustella opettajan kanssa lapsesi terveydentilaan liittyvistä asioista, jotka mahdollisesti vaikuttavat koulutyöhön? Kyllä Ei

Päiväys

___ / ___ 20___

Huoltajan allekirjoitus

