



Halutessanne voitte täyttää tämän esitietolomakkeen lapsenne terveystiedoista ja toimittaa sen koulun terveydenhoitajalle tai ottaa mukaan seuraavaan terveystapaamiseen. Lapsen asuessa kahdessa kodissa voidaan kummassakin täyttää oma lomake. Lomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia ja terveydenhuollon salassapitosäännöt koskevat niitä. Terveysasioinneista tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin.

Lapsi/nuori

Sukunimi ja etunimet Henkilötunnus Luokka

Huoltajat

Sukunimi ja etunimet Puhelinnumero

Sukunimi ja etunimet Puhelinnumero

Huoltajuus

Yhteishuoltajuus Yksinhuoltajuus. Kenellä?

Muu, mikä?

Tapaamisjärjestelyt huoltajien asuessa erillään

Sisarukset, muut perheenjäsenet ja perheessä käytetty kieli (jos muu kuin suomi)

Sairaudet, tapaturmat, leikkaukset sekä poikkeamat kehityksessä

Mitä sairauksia on tai on ollut? Missä ja minä vuonna tutkittu, todettu tai hoidettu?
Sairauden aiheuttamat rajoitteet ja haitat tällä hetkellä?

Onko lapsella/nuorella jatkuva tai toistuva lääkitys?

Ei Kyllä. Lääkkeen nimi
ja annostus

Onko lapsi/nuori saanut kansallisen rokotusohjelman mukaiset rokotteet neuvolassa ja kth:ssa?

Ei Kyllä

Nykyään toistuvat oireet

<input type="checkbox"/> päänsärky	<input type="checkbox"/> ummetusta/tuhrimista	<input type="checkbox"/> nukahtamisvaikeuksia, yöllisiä heräilyjä
<input type="checkbox"/> ihottuma	<input type="checkbox"/> ruokailuun liittyviä ongelmia	<input type="checkbox"/> levottomuutta, keskittymisvaikeuksia
<input type="checkbox"/> väsymystä	<input type="checkbox"/> ahdistuneisuutta, masennusta	<input type="checkbox"/> aggressiivisuutta, uhmakkuutta
<input type="checkbox"/> jalkasärkyä	<input type="checkbox"/> jatkuvaa nenän tukkoisuutta	<input type="checkbox"/> jännittämistä, pelkoja, arkuutta
<input type="checkbox"/> vatsakipuja	<input type="checkbox"/> yksinäisyyttä	<input type="checkbox"/> kastelua/virtsauttamiseen liittyviä ongelmia
<input type="checkbox"/> muuta, mitä?		

Allergiat

Ruoka-aine, mikä?

Lääkeaine, mikä?

Muu, mikä?

Terveystottumukset

Lapsenne ateriat

aamupala	arkena	viikonloppuna
kouluruoka/lounas	arkena	viikonloppuna
iltapäivän välipala	arkena	viikonloppuna
päivällinen	arkena	viikonloppuna
iltapala	arkena	viikonloppuna

Kuinka monta tuntia lapsenne nukkuu?

Arkena h, kellonaika

Viikonloppuna h, kellonaika

Käyttää maitotuotteita tai kalsiumin saanti on huomioitu?

Kyllä Ei

Käyttää D-vitamiinia

Kyllä Ei

Kuinka monta tuntia lapsenne liikkuu päivittäin (koulumatkat ja koululiikunta, ulkoilu ja liikuntaharrastukset)?

Lapsenne ruutuaika tunteina (TV, tietokone, pelikoneet, puhelin tms.).

Arkena Viikonloppuna

Perhe ja lähisuku

Mitkä sairauksia vanhemmilla, sisaruksilla ja isovanhemmilla on (esim. korkea kolesteroli, diabetes, keliakia, kilpirauhassairaus, kehitysviive oppimisvaikuksia)? Kenellä?

Vahvuudet

Mitkä ovat lapsenne parhaat puolet?

Perhe

Perheellämme on yhteistä aikaa. Kyllä Ei. Miksi ei?

Meillä on enimmäkseen sopuisa ilmapiiri ja turvallinen kaikille. Kyllä Ei. Miksi ei?

Meillä on tapana kertoa päivän tapahtumista. Kyllä Ei. Miksi ei?

Perheessämme on yhteinen ruokahetki päivittäin. Kyllä Ei. Miksi ei?

Onko perheessänne asioita, jotka vaikuttavat lapsenne hyvinvointiin (esim. surua, jaksamisvaikeuksia, pitkäaikaissairauksia, mielenterveysongelmia, väkivaltaisuutta, runsasta päihteiden käyttöä, taloudellisia huolia)?

Koetteko tarvitsevanna apua lapsenne kasvatukseen liittyvissä asioissa?

Ei Kyllä. Millaista tukea tarvitsette?

Saamme jo tukea. Mistä (esim. perhetyö, perheneuvola)?

Onko mielessänne jokin asia, josta haluisitte keskustella ilman lapsenne läsnäoloa? Kyllä Ei

Mihin asiaan toivoisitte lapsenne terveystarkistuksessa kiinnitettävän erityistä huomiota?

Päivämäärä sekä huoltajan allekirjoitus
