



4 VUOTIAAN KYSELYLOMAKE

Lapsenne terveystarkastusta varten pyydämme teitä täyttämään tämän kyselyn ja palauttamaan sen terveydenhoitajalle tarkastuksen yhteydessä.

Vastauksenne ovat luottamuksellisia eikä niistä anneta tietoja ulkopuolisille ilman suostumustanne.

Lapsen nimi		Henkilötunnus
Kotiosoite ja puhelinnumero		
Vanhemman / huoltajan nimi		Ammatti ja puhelin toimeen
Vanhemman / huoltajan nimi		Ammatti ja puhelin toimeen
Huoltajuus <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus <input type="checkbox"/> muu, mikä?		
Kenen luona lapsi asuu		
Sisarukset - nimi ja syntymävuosi		Neuvola/koulu/opiskelu/muu
Lapsen kanssa samassa taloudessa asuvat henkilöt		
Yhteydenpito ja tapaamisjärjestelyt muualla asuvaan biologiseen vanhempaan/sisaruksiin		
Ketä perheen tukiverkostoon kuuluu? (esim sukulaiset, ystävät)		
Lapsen päivähoitojärjestelyt		
Mistä iloitsette lapsessanne?		

Lapsen nykyinen terveydentila

hyvä tyydyttävä huono

Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva? ei kyllä mikä?

Missä hoidetaan:

Mahdollinen lääkitys:

Lapsen yliherkkyydet	Ruoka-aine
	Lääkeaine

Muuta lapsen terveydentilassa (esim. terapiat ja muut hoitokontaktit)

Esiintyykö lapsellanne toistuvasti seuraavia oireita?

päänsärkyä	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
vatsavaivoja/ummetusta	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
ihottumaa	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
korvakipua	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
pitkittynyttä yskää (yli 2kk)	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
pitkittynyttä nuhaa (yli 2kk)	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
yö- tai päiväkastelua	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
heräilemistä öisin	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>

Lapsemme ulkoilee ja liikkuu säännöllisesti noin _____ tuntia päivässä

Lapsemme katselee tv:tä ja/tai pelaa tietokone ym elektronisia pelejä noin _____ tuntia päivässä

Lapsemme nukkumanmeno aika on noin klo. _____ ja hän herää yleensä noin klo. _____

Lapsen terveystottumukset

Lapsi syö päivittäin

aamupalan lounaan välipalan useita välipaloja päivällisen iltapalan

kasviksia hedelmiä täysjyvätuotteita kala- ja liharuokia

Mitä maitoa lapsenne juo? _____

Mikä on lapsenne janojuoma? _____

Saako lapsi D-vitamiinilisää ei kyllä

Onko lapsella erityisruokavalio ei kyllä mikä?: _____

Hampaiden harjaus: vähintään 2 kertaa /vrk kerran vuorokaudessa harvemmin

Fluorihammastahnan käyttö: kyllä ei

Ksylitolivalmisteiden käyttö päivittäin viikoittain harvemmin

PERHEEN HYVINVOINTI

Perheessämme on läheinen ilmapiiri	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Perheessämme on toimiva parisuhde	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Meillä on riittävästi yhteistä aikaa	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Meillä on selkeät yhteiset säännöt	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Meillä on tapana kehua perheenjäseniä	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Meillä on tapana kertoa päivän tapahtumista	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Syömme yhdessä vähintään yhden aterian päivässä	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>

Perheessämme on pitkäaikaissairautta	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Perheessämme on mielenterveyden häiriöitä	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Yksi tai useampi perheenjäsenistämme tupakoi	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Yksi tai useampi perheenjäsenistämme käyttää päihteitä	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Meillä esiintyy tai on esiintynyt väkivaltaa	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Meillä on taloudellisia huolia	kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>

Muita perheen hyvinvointiin liittyviä asioita? _____

Onko jokin muu asia mistä haluaisitte keskustella? _____

Paikka ja aika

Huoltajan allekirjoitus

Huoltajan allekirjoitus