

Täytetty lomake tuodaan lapsen mukana 4v terveystarkastukseen  
Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti

### 1. Perhetiedot

Lapsen nimi \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_

Lapsen vanhemmat tai muu(t) huoltaja(t)

\_\_\_\_\_ Puh. päivisin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Puh. päivisin \_\_\_\_\_

Sisarukset (nimi ja syntymävuosi)

\_\_\_\_\_

Lapsen kanssa samassa taloudessa asuvat

henkilöt \_\_\_\_\_

Yhteydenpito ja tapaamisjärjestelyt muualla asuvaan biologiseen vanhempaan/sisaruksiin

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Millaiseksi koette lapsenne terveydentilan tällä hetkellä?

$\frac{1}{2\pi}$  Hyvä  $\frac{1}{2\pi}$  Keskinen  $\frac{1}{2\pi}$  Huono  $\frac{1}{2\pi}$  En osaa sanoa

3. Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva? Mikä? \_\_\_\_\_

Missä hoidetaan? \_\_\_\_\_

Lääkehoito? \_\_\_\_\_

4. Onko lapsenne ollut sairaalahoitossa? Missä, milloin? (esim. leikkaukset)

\_\_\_\_\_

5. Onko lapsellanne ollut käyntejä perheneuvolassa tai lasten psykiatrialla? \_\_\_\_\_

6. Yliherkkyydet ja tapaturmat? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Muita lapsenne terveydentilaa selvittäviä asioita. Merkitse jokaisen väittämän kohdalle rasti Ei/Kyllä – sarakkeeseen arviosi mukaan.

	Ei	Kyllä	Asian määrittelyä
Päänsärkyä			
Vatsavaivoja			
Allergisia oireita			
Silmävaivoja			
Korvakipua tai kuulovikaa			
Pitkittynyttä yskää (2 kk)			
Pitkittynyttä nuhaa (2 kk)			
Ihottumaa			
Virtsaamisvaivoja			

Yö- tai päiväkastelua			
-----------------------	--	--	--

**8. Miten lapsenne leikki-ikä on sujunut näkemyksesi mukaan?** (Esim. päiväkotia, ryhmässä oleminen, kotona oleminen, leikit, kaverit) →

---



---



---

**9. Lapsenne hyvinvointiin vaikuttavia asioita.** Merkitse jokaisen väittämän kohdalle rasti Ei/Kyllä – sarakkeeseen arviosi mukaan.

	Ei	Kyllä	Asian määrittelyä
Ruokahaluttomuutta			
Väsymystä, unettomuutta			Nukkumaanmeno-aika:
Päivähoitoon menemisen haluttomuutta tai -pelkoa			
Arkuutta tai jännittyneisyyttä			
Muita pelkoja			
Ystäviä/ kavereita			
Harrastuksia/leikkejä			
Riittävä aamupala			
Ulkoilu			Tuntia/ pvä:
TV:n katselu, tietokonepelit tms.			Tuntia/ pvä:
Perheessä tupakoidaan			Kuka:

**10. Perhetilanne.** Merkitse jokaisen väittämän kohdalle rasti Ei/Kyllä – sarakkeeseen arviosi mukaan.

<b>Perheessämme on</b>	Ei	Kyllä	Asian määrittelyä
Riittävästi yhteistä aikaa			
Yhteiset säännöt			
Tapana kehua perheenjäseniä			
Enimmäkseen sopuisa ilmapiiri			
Tapana kertoa päivän tapahtumista			
Yhteinen ruokahetki päivittäin			
Pitkäaikaissairautta			
Masennusta			
Päihteidenkäyttöä			
Väkivaltaisuutta			
Taloudellisia huolia			

**11. Lapsenne vahvuuksia** \_\_\_\_\_

---

**12. Mihin asioihin haluaisitte kiinnitettävän huomioita tässä terveystarkastuksessa?**

---



---

**13. Toiveitanne lastenneuvolan suhteen?** \_\_\_\_\_

---

Päiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_ Huoltajan allekirjoitus