



Lapsen ja perheen perustiedot

Lapsen etunimi	Lapsen sukunimi
Lapsen henkilötunnus	Lapsen äidinkielet
Perheessä puhuttavat muut kielet <input type="checkbox"/> suomi <input type="checkbox"/> ruotsi <input type="checkbox"/> saamen kieli <input type="checkbox"/> muu, mikä (tulkkaustarve)? _____	

Vanhempien/huoltajien tiedot

Etunimi	Sukunimi
Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin	
Etunimi	Sukunimi
Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin	

Lapsen perhe

Lapsi asuu <input type="checkbox"/> pelkästään molempien vanhempien kanssa <input type="checkbox"/> satunnaisesti toisen vanhemman kanssa <input type="checkbox"/> pääasiallisesti toisen vanhemman kanssa <input type="checkbox"/> ei ollenkaan toisen vanhemman kanssa <input type="checkbox"/> puoliksi toisen vanhemman kanssa <input type="checkbox"/> muu asumisjärjestely	
Kenellä on lapsen huoltajuus?	
Muutokset perheen rakenteessa <input type="checkbox"/> ei muutoksia <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> avo/avioero <input type="checkbox"/> uusi avo/avioliitto	
Tapaamis- ja vuoroasumisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään	
Onko lapsellanne biologisia sisarusia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, montako? _____	Onko lapsellanne muita sisarusia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, montako? _____
Sisarusten nimet ja syntymävuodet	
Muut perheeseen tai samaan talouteen kuuluvat henkilö	

Lapsen varhaiskasvatus

Onko lapsesi varhaiskasvatuksessa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, missä? <input type="checkbox"/> päiväkotitoiminnassa <input type="checkbox"/> perhepäivähoidossa <input type="checkbox"/> ryhmäperhepäivähoidossa <input type="checkbox"/> muu järjestely	
Kuinka monta tuntia päivässä/viikossa lapsi on varhaiskasvatuksessa?	

Lapsen terveys ja hyvinvointi

Oletko huolissasi lapsesi terveydentilasta? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, miksi? _____
Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen oire, sairaus tai vamma? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? _____
Käyttääkö lapsenne jatkuvasti tai satunnaisesti jotakin lääkettä? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? _____
Onko lapsellanne allergioita? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? _____
Onko lapsellanne erityisruokavalio? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä seuraavista? <input type="checkbox"/> laktoositon tai vähälaktoosinen ruokavalio <input type="checkbox"/> vilja-allergisen ruokavalio <input type="checkbox"/> gluteeniton ruokavalio <input type="checkbox"/> maitoallergisen ruokavalio <input type="checkbox"/> kasvisruokavalio, jossa maitovalmis- teita ja/tai kananmunaa <input type="checkbox"/> muu ruoka-aineallergian ruokavalio <input type="checkbox"/> kasvisruokavalio, jossa kalaa <input type="checkbox"/> muu erityisruokavalio <input type="checkbox"/> vegaaniruokavalio
Jos lapsellasi on diagnosoitu sairaus, missä hänen sairautensa hoito toteutetaan?
Onko lapsellasi toistuvasti ollut jotakin seuraavista oireista <input type="checkbox"/> vatsavaivoja/ummetusta <input type="checkbox"/> pitkittynyttä nuhaa (yli 2kk) <input type="checkbox"/> ihottumaa <input type="checkbox"/> yöllä syömistä <input type="checkbox"/> pitkittynyttä yskää (yli 2kk) <input type="checkbox"/> muita oireita, vaivoja tai kipuja
Onko lapselle tapahtunut lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanottokäyntiä vaatinut tapaturma? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? _____
Onko kotisi mielestäsi turvallinen lapsille? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko kotisi ympäristö mielestäsi turvallinen lapsille? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Millaisia mahdollisia turvallisuusriskejä olet havainnut lapsesi elinympäristössä?
Kuvaile lapsesi luonnetta
Huolestuttaako jokin lapsesi käytöksessä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? _____

Vanhemman/huoltajan näkemys lapsen kehityksestä

Käveleekö lapsesi useita askelia ilman tukea? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Osoittaako lapsesi kuvasta nimetyn esineen? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Puhuuko lapsesi useita sanoja? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Syökö lapsesi lusikalla melko hyvin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko perheessänne tai lähisuvussanne (vanhemmat, isovanhemmat, biologiset sisarukset) sairauksia, kehitysviiveitä tai oppimisvaikeuksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kenellä ja mitä? _____	

Lapsen ja perheen terveystottumukset

Lapseni unirytmisi sopii perheemme arkeen <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Lapseni nukkuu useimmiten keskeytyksettä läpi yön <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Lapseni nukahtaa useimmiten helposti <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Nukkuuko lapsesi päiväunet? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Kuormittaako jokin lapsesi nukkumiseen liittyvä asia perheenne arkea? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? _____	
Kuinka monta tuntia lapsesi ulkoilee päivittäin?	
Erityiset huomiot lapsen liikkumisesta ja ulkoilusta	
Perheemme harrastaa liikkomista <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> harvemmin kuin viikoittain <input type="checkbox"/> muutaman kerran viikossa <input type="checkbox"/> ei lainkaan	

Lapsen ateriat ja ruokavalio

Kansalliset ravitsemussuositukset

Lapseni syö pääsääntöisesti <input type="checkbox"/> aamupala <input type="checkbox"/> päivällinen <input type="checkbox"/> lounas <input type="checkbox"/> iltapala <input type="checkbox"/> iltapäivän välipala	
Lapseni ruokavalio sisältää <input type="checkbox"/> maitoa ja/tai maitotuotteita <input type="checkbox"/> lihaa <input type="checkbox"/> kasviksia, hedelmiä ja marjoja <input type="checkbox"/> kalaa	
Saako lapsesi D-vitamiinilisää <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> satunnaisesti	
Halutessanne voitte kertoa lisää ruokavaliosta ja ruokailutottumuksista.	

Perheen ruokavalio ja ruokailutottumukset

Perheemme ruokavalio on <input type="checkbox"/> sekaruokavalio <input type="checkbox"/> kasvisruokavalio <input type="checkbox"/> muu ruokavalio, millainen? _____
Ruokaillaanko perheessänne yhdessä?
Napostellaanko perheessänne päivittäin / viikoittain?
Miten perheessänne herkutellaan?
Mitä hyvää perheenne ruokailutottumuksissa on?
Mitä kehitettävää perheenne ruokailutottumuksissa on?

Lapsen suun terveys

Lapseni hampaat harjataan:	
<input type="checkbox"/> 2 kertaa päivässä tai useammin	<input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran päivässä
<input type="checkbox"/> kerran päivässä	<input type="checkbox"/> ei kertaakaan
Harjataanko lapsen hampaat fluorihammastahnalla?	Onko lapsi käynyt suun terveydenhuollon tarkastuksessa?
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

Median käyttö

Pienet lapset ja ruutu-aika -suositus

Jos lapsesi viettää päivittäin aikaa ruudun ääressä (älypuhelin, tietokone, pelikoneet, TV ym.), millaisissa tilanteissa tämä tapahtuu?	
<input type="checkbox"/> ruokaillessa	<input type="checkbox"/> palkintona jostakin
<input type="checkbox"/> rauhoittumiseen liittyen	<input type="checkbox"/> muu, mikä? _____
Jos lapsesi viettää päivittäin aikaa ruudun ääressä, kuinka paljon arvioit tähän kuluvan yhteensä tuntia/päivä? _____	

Perheen aikuisten päihteiden käyttö

Neuvolan päihdeseulontalomake

Nikotiinivalmisteiden käyttö: yhteenveto mitä, montako kpl/päivä? _____
Alkoholi: AUDIT-testin pisteet (molemmat/kaikki vanhemmat) _____
Huumeet ja lääkkeet: yhteenveto mitä, paljonko? _____
Altistuuko lapsesi tupakansavulle? <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> ei koskaan

Perheen hyvinvointiin liittyvät tiedot

Onko perheellänne riittävästi yhteistä aikaa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Miten perheessänne on tapana viettää yhteistä aikaa? _____
Perheessämme <input type="checkbox"/> on tapana kannustaa ja antaa positiivista palautetta <input type="checkbox"/> on tapana kertoa päivän tapahtumista <input type="checkbox"/> jaetaan kotityöt <input type="checkbox"/> on sovittu säännöistä yhdessä <input type="checkbox"/> on turvallinen olo kaikilla ja yleensä sopuisa ilmapiiri <input type="checkbox"/> on yhteinen ruokahetki päivittäin
Koetteko tarvitsevanne tukea lapsen kasvatukseen tai perheen arjen sujumiseen liittyvissä asioissa? <input type="checkbox"/> kyllä, millaista? _____ <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> saamme jo tukea, mistä ja millaista? _____ <input type="checkbox"/> olemme saaneet aiemmin tukea, mistä ja millaista? _____

Lapsen hyvinvointiin vaikuttavat perheen huolet tai voimavaroja vievät muutokset

Perheessämme on

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pitkäaikaissairauksia (fyysisiä/psykkisiä) | <input type="checkbox"/> taloudellisia huolia |
| <input type="checkbox"/> jaksamisvaikeuksia, uupumusta tai masennusta | <input type="checkbox"/> surua tai menetyksiä |
| <input type="checkbox"/> turvattomuutta tai väkivaltaisuutta | <input type="checkbox"/> jotain muuta ajankohtaista |
| <input type="checkbox"/> päihdeongelmia tai -riippuvaisuutta | <input type="checkbox"/> ei mitään ylläolevista |

Halutessanne voitte kertoa tässä enemmän

Keneltä saatte tarvittaessa tukea perheenne arjen sujumiseen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> isovanhemmilta | <input type="checkbox"/> ystäviltä |
| <input type="checkbox"/> entiseltä puolisoilta | <input type="checkbox"/> muilta |
| <input type="checkbox"/> naapureilta | <input type="checkbox"/> ei keneltäkään |

Halutessanne voitte kertoa tässä enemmän

Mikä lapsessasi ilahduttaa sinua?

Millaisia vahvuuksia perheessänne on?

Millaisia toiveita terveystarkastuksen suhteen teillä on?

Lomakkeen täyttämiseen ovat osallistuneet seuraavat henkilöt: