



Lapsen ja perheen perustiedot

Lapsen etunimi	Lapsen sukunimi
Lapsen henkilötunnus	Lapsen äidinkieli/äidinkielet
Perheessä puhuttavat muut kielet	
Perheen asiointikieli: <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	_____
Lapsen tapaamisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään	
Onko lapsellanne biologisia sisaruksia?	Onko lapsellanne muita sisaruksia?
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, montako? _____	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, montako? _____
Sisarusten nimet ja syntymävuodet	
Muut perheeseen tai samaan talouteen kuuluvat henkilöt	

Lapsen terveys ja hyvinvointi

Millainen lapsesi terveydentila on? <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> huono
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 perheessänne tai lähisuvussanne (vanhemmat, isovanhemmat, biologiset sisarukset) sairauksia, kehitysviiveitä tai oppimisvaikeuksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kenellä ja mitä? _____
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
Huolestuttaako sinua jokin asia liittyen lapseesi? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä?

Lapsen ja perheen terveystottumukset

Lapseni nukkuu hyvin ja uni on riittävä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Lapseni unessa on jo rytmi valveilla oloon nähden <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Lapseni nukahtaa unilleen useimmiten helposti <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Liikutaanko perheessänne <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> harvemmin kuin viikoittain <input type="checkbox"/> muutaman kerran viikossa <input type="checkbox"/> ei lainkaan	

Imetys ja D-vitamiini

Saako lapsesi rintamaitoa? <input type="checkbox"/> täysimetys <input type="checkbox"/> osittainen imetys <input type="checkbox"/> ei imetystä <input type="checkbox"/> ei tietoa
Jos lapsesi saa rintamaitoa osittain tai ei lainkaan, mitä äidinmaidon korvikemaitoa hän saa?
Saako lapsesi D-vitamiinilisää <input type="checkbox"/> päivittäin <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> ei lainkaan

Perheen ruokavalio

Perheemme ruokavalio on <input type="checkbox"/> sekaruokavalio <input type="checkbox"/> kasvisruokavalio <input type="checkbox"/> muu ruokavalio, millainen? _____
Mitä hyvää perheenne ruokailutottumuksissa on?
Mitä kehitettävää perheenne ruokailutottumuksissa on?

Lapsen suun terveys

Onko lapsen suun terveydentila

hyvä kohtalainen huono

Käyttääkö lapsi tuttia

Kyllä Ei

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?

päivittäin satunnaisesti ei koskaan

Perheen hyvinvointiin liittyvät tiedot

Miten perheessänne on tapana viettää yhteistä aikaa?

Perheessämme

on tapana kannustaa ja antaa positiivista palautetta on sovittu säännöistä yhdessä
 on turvallinen olo kaikilla ja yleensä sopuisa ilmapiiri on yhteinen ruokahetki päivittäin
 on tapana kertoa päivän tapahtumista

Koetteko tarvitsevanne tukea lapsen kasvatukseen tai perheen arjen sujumiseen liittyvissä asioissa?

kyllä

ei

saamme jo tukea, mistä ja millaista? _____

olemme saaneet aiemmin tukea, mistä ja millaista? _____

Lapsen hyvinvointiin vaikuttavat perheen huolet tai voimavarot vievät muutokset

Onko perheenne arjessa tapahtunut hiljattain muutoksia, jotka vaikuttavat perheen voimavaroihin ja aiheuttavat huolia?

Halutessanne voitte kertoa tässä enemmän

Keneltä saatte tarvittaessa tukea perheenne arjen sujumiseen?

isovanhemmilta ystäviltä
 entiseltä puolisolta muilta
 naapureilta 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: