



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?

En Kyllä, miksi? _____

Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen oire, sairaus tai vamma?

En Kyllä, mikä? _____

Käyttääkö lapsenne jatkuvasti tai satunnaisesti jotakin lääkettä?

En Kyllä, mitä? _____

Onko lapsellanne allergioita?

En Kyllä, mitä? _____

Onko lapsellanne erityisruokavalio?

Ei Kyllä, mikä seuraavista?

laktoositon tai vähälaktoosinen ruokavalio

vilja-allergisen ruokavalio

gluteeniton ruokavalio

maitoallergisen ruokavalio

kasvisruokavalio, jossa maitovalmis-
teita ja/tai kananmunaa

muu ruoka-aineallergian ruokavalio

kasvisruokavalio, jossa kalaa

muu erityisruokavalio

vegaaniruokavalio

Jos lapsellasi on diagnosoitu sairaus, missä hänen sairautensa hoito toteutetaan?

Onko lapsellasi toistuvasti ollut jotakin seuraavista oireista

vatsavaivoja/ummetusta

pitkittynyttä nuhaa (yli 2kk)

ihottumaa

muita oireita, vaivoja tai kipuja, mitä?

pitkittynyttä yskää (yli 2kk)

Onko lapselle tapahtunut lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanottokäyntiä vaatinut tapaturma?

Ei Kyllä, mikä? _____

Onko kotisi mielestäsi turvallinen lapsille?

Kyllä Ei

Onko kotisi ympäristö mielestäsi turvallinen lapsille?

Kyllä Ei

Millaisia mahdollisia turvallisuusriskejä olet havainnut lapsesi elinympäristössä?

Kuvaile lapsesi luonnetta

Huolestuttaako jokin lapsesi käytöksessä?

Ei Kyllä, mikä? _____

Vanhemman/huoltajan näkemys lapsen kehityksestä

Liikkuuko lapsesi mielellään kävellen, juosten tai iloisesti hypähdellen?

Kyllä Ei

Leikkiikö lapsesi mielellään erilaisia leikkejä?

Kyllä Ei

Millaisia leikkejä lapsesi leikkii ja kenen kanssa?

Onko lapsesi puhe selkeää ja ymmärrettävää?

Kyllä Ei

Luetteko kirjoja lapsenne kanssa?

Kyllä Ei

Piirtääkö tai askarteleeko lapsesi mielellään <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Syökö lapsesi itse omatoimisesti erilaisia ruokia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko lapsellasi kaverisuhteita muiden lasten kanssa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Osaako lapsesi ottaa toiset lapset hyvin huomioon <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Tunnistaako lapsesi itse WC:ssä käynnin tarpeen <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Onko lapsellasi yökastelua <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 liikkumista <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
Naposteleeeko lapsesi päivittäin? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä hän napostelee? _____
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

Perheemme ruokavalio on

sekaruokavalio

kasvisruokavalio

muu ruokavalio, millainen? _____

Ruokaillaanko perheessänne yhdessä?

Mitä hyvää perheenne ruokailutottumuksissa on?

Mitä kehitettävää perheenne ruokailutottumuksissa on?

Lapsen suun terveys

Lapseni hampaat harjataan:

2 kertaa päivässä tai useammin

harvemmin kuin kerran päivässä

kerran päivässä

ei kertaakaan

Harjataanko lapsen hampaat fluorihammastahnalla?

Kyllä Ei

Käyttääkö lapsesi xylitol-tuotteita?

Kyllä Ei

Onko lapsesi käynyt suun terveydenhuollon tarkastuksessa viimeisen vuoden aikana?

Kyllä 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?

ruokaillessa

palkintona jostakin

rauhoittumiseen liittyen

muu, mikä?

Jos lapsesi viettää päivittäin aikaa ruudun ääressä, kuinka paljon arvioit tähän kuluvan yhteensä tuntia/päivä?

Perheen aikuisten tupakkatuotteiden ja 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

Onko perheellänne riittävästi yhteistä aikaa?

Kyllä Ei

Miten perheessänne on tapana viettää yhteistä aikaa?

Perheessämme

on tapana kannustaa ja antaa positiivista palautetta

sovitetaan ristiriitatilanteita

jaetaan kotityöt

on tapana kertoa päivän tapahtumista

on turvallinen olo kaikilla ja yleensä sopuisa ilmapiiri

on sovittu säännöistä yhdessä

sanoitetaan tunteita

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

kyllä, millaista? _____

ei

saamme jo tukea, mistä ja millaista? _____

olemme saaneet aiemmin tukea, mistä ja millaista? _____

Lapsen hyvinvointiin vaikuttavat perheen huolet tai voimavarot vievät muutokset

Perheessämme on

pitkäaikaissairauksia (fyysisiä/psykkisiä)

taloudellisia huolia

jaksamisvaikeuksia, uupumusta tai masennusta

surua tai menetyksiä

turvattomuutta tai väkivaltaisuutta

jotain muuta ajankohtaista

päihdeongelmia tai -riippuvaisuutta

ei mitään ylläolevista

Halutessanne voitte kertoa tässä enemmän

Keneltä saatte tarvittaessa tukea perheen 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: