

Tällä lomakkeella kysytään tietoja, joilla on merkitystä terveyteesi ja hyvinvointiisi kouluikässä. Kysely käydään läpi yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Vastaukset tulevat ainoastaan kouluterveydenhuollon käyttöön.

HENKILÖTIEDOT

Nimi ja luokka	Puhelinnumero
Huoltaja	Puhelinnumero
Huoltaja	Puhelinnumero

TERVEYDENTILA JA TAPATURMAT

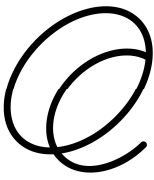
Onko sinulla pitkäaikaissairauksia / allergioita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
Onko sinulla säännöllistä lääkitystä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
Oletko sairastanut vesirokon? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä	Onko sinulle sattunut viimeisen 12 kk:n aikana hoitajan tai lääkärin arviota vaatinut tapaturma? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Käytätkö	
Pyöräillessä pyöräilykypärää	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
Pimeällä heijastinta	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
Vesillä pelastusliivejä	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En

TERVEYSTOTTUMUKSET

Syön päivittäin			
<input type="checkbox"/> Aamupalan	<input type="checkbox"/> Lounaan	<input type="checkbox"/> Välipalan	<input type="checkbox"/> Päivällisen
<input type="checkbox"/> Iltapalan	<input type="checkbox"/> Maitotuotteita	<input type="checkbox"/> Kasviksia	<input type="checkbox"/> D-vitamiinilisän
Menen nukkumaan arkisin klo	Herään arkisin klo	Menen nukkumaan viikonloppuisin klo	Herään viikonloppuisin klo
Harjaan hampaat			
<input type="checkbox"/> Aamulla	<input type="checkbox"/> Illalla	<input type="checkbox"/> En ollenkaan	
Käytän Xylitol-tuotteita			
<input type="checkbox"/> Päivittäin	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> En ollenkaan	

VAPAA-AIKA

Harrastukset
Liikun päivittäin
<input type="checkbox"/> Alle 1½ tuntia <input type="checkbox"/> 1½ tuntia tai enemmän
Vietän päivittäin ruutu-aikaa (tv:n/tietokoneen, pelikonsolien/kännykkäpelien parissa)
<input type="checkbox"/> Alle 2 tuntia <input type="checkbox"/> 2 tuntia tai enemmän



KAVERISUHTEET

Onko sinulla kavereita tai ystäviä? <input type="checkbox"/> Useita <input type="checkbox"/> Yksi <input type="checkbox"/> Ei yhtään	Onko sinulla joku aikuinen, jonka kanssa voit keskustella kaikenlaisista asioista? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Oletko nähnyt kiusaamista? Onko sinua kiusattu tai oletko itse kiusannut muita?	

KOULUNKÄYNTI

Kuinka paljon käytät aikaa läksyihin päivässä?	Onko joku asia sinulle koulussa vaikeaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä?
--	---

HYVINVOINTI

Missä asioissa olet tyytyväinen itseesi? Millainen on mielialasi yleensä?
Mitkä asiat huolestuttavat sinua?
Onko sinulla perheeseesi liittyviä huolia?

PÄIHTEET

Onko sinulle tarjottu tupakkaa, nuuskaa, alkoholia tai huumeita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		
Oletko kokeillut tupakkaa tai nuuskaa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä	Oletko kokeillut alkoholia? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä	Oletko kokeillut huumeita? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä
Onko mielessäsi jotain muuta, josta toivot terveystarkastuksessa keskusteltavan?		

ALLEKIRJOITUS

Päiväys Oppilaan allekirjoitus:
__ . __ .20__ _____

Lomake palautetaan:

Terveydenhoitaja: _____ Koulu: _____

Sähköposti: _____@espoo.fi Puh: _____