

Kouluterveydenhuolto / Skolhälsovården

Pvm

Luokka

Nimi ja syntymäaika _____	
Osoite _____	Puhelinnumero _____
Huoltajien nimet ja puhelinnumerot _____	
Nuori asuu <input type="checkbox"/> äidin ja isän luona <input type="checkbox"/> äidin luona <input type="checkbox"/> isän luona <input type="checkbox"/> muualla, missä? _____	Muutokset perheessä <input type="checkbox"/> avo-/avioero <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus, huoltajan nimi _____ <input type="checkbox"/> uusi avo-/avioliitto <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____
Muut nuoren perheessä asuvat henkilöt _____	

<b>TERVEYS</b>	kyllä	ei
Onko nuorella jokin pitkäaikainen sairaus, lääkitys tai jotain muuta huomioitavaa? Mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko perheen jäsenillä tai suvussa pitkäaikaista sairautta tai jotain muuta huomioitavaa? Mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko nuorella allergioita tai erityisruokavaliota? Mitä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko nuori sairastanut vesirokon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Olen huolissani nuoren</b>		
<input type="checkbox"/> päänsärystä	<input type="checkbox"/> nivel- ja lihaskivuista	<input type="checkbox"/> jännittyneisyydestä
<input type="checkbox"/> yskästä, nuhasta	<input type="checkbox"/> selkävivoista	<input type="checkbox"/> masennuksesta
<input type="checkbox"/> ongelmista kaverisuhteissa	<input type="checkbox"/> väsymyksestä	<input type="checkbox"/> luvattomista poissaoloista
<input type="checkbox"/> ongelmista syömisen kanssa	<input type="checkbox"/> vatsavaivoista	<input type="checkbox"/> virtsaamisongelmista
<input type="checkbox"/> pelaamisesta (tietokone/rahapelit)	<input type="checkbox"/> huimauksesta	<input type="checkbox"/> koulusta myöhästelystä
<input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunteesta	<input type="checkbox"/> valehtelusta	<input type="checkbox"/> vaikeuksista kotona
<input type="checkbox"/> murrosikään liittyvistä asioista	<input type="checkbox"/> hygieniasta	<input type="checkbox"/> unirytmistä
<input type="checkbox"/> oppimiseen liittyvistä ongelmista	<input type="checkbox"/> univaikeuksista	<input type="checkbox"/> painosta
<input type="checkbox"/> päihteiden käytöstä	<input type="checkbox"/> kuukautiskivuista	<input type="checkbox"/> koulupelosta
<input type="checkbox"/> yläkouluun/uuteen kouluun siirtymisestä	<input type="checkbox"/> niska- ja hartiakivuista	
<input type="checkbox"/> jostain muusta, mistä: _____		
<input type="checkbox"/> ei ole huolta		

Kouluterveydenhuolto / Skolhälsovården

<b>KOULUNKÄYNTI JA KAVERIT</b>		
Miten nuori suhtautuu tällä hetkellä koulun käyntiin?	_____	
Saako nuori erityisopetusta tai muuta tukea koulussa? Mitä?	_____	
Onko nuori koskaan kokenut tai nähnyt kiusantekoa tai väkivaltaa? (esim. fyysinen väkivalta tai seksuaalinen häirintä/ahdistelu, nettikiusaaminen)	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Onko nuori ollut kiusaamisen kohteena?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Onko nuori ollut kiusaajana?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Koulumatkan pituus? _____ km		
<b>Mikä vaihtoehdoista kuvaa parhaiten nuoren kaveritilannetta?</b>		
<b>Koulussa:</b>		
<input type="checkbox"/> yksi tai useampi ystävä	<input type="checkbox"/> kavereita, mutta ei varsinaista ystävää	<input type="checkbox"/> liian vähän kavereita
<b>Vapaa-ajalla:</b>		
<input type="checkbox"/> yksi tai useampi ystävä	<input type="checkbox"/> kavereita, mutta ei varsinaista ystävää	<input type="checkbox"/> liian vähän kavereita

<b>ELÄMÄNTAVAT</b>		
Mitä nuori syö aamulla ennen kouluun lähtöä?	_____	
Syökö nuori kouluruuan?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> joskus
Syöttekö yhdessä kotona lämpimän aterian?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> joskus
Mihin aikaan nuori menee nukkumaan koulupäivinä? klo _____		
Oletteko keskustelleet nuoren kanssa päihteiden käytöstä? Jos olette, niin mitä? _____		
Mitä nuori tekee vapaa-aikanaan (liikunta, harrastukset)? _____		
Millaisissa asioissa nuori on mielestänne hyvä (vahvuudet, voimavarat)? _____		
Toiveita kouluterveydenhuollolle? _____		

Päiväys

Oppilaan allekirjoitus

Huoltajan allekirjoitus