



Kysely lapsen ollessa 4-vuotias

Pyydämme teitä lapsenne parhaina asiantuntijoina arvioimaan joitakin lapsen kehitykseen, perheen vuorovaikutukseen sekä voimavaroihin liittyviä asioita. Terveydenhoitajan ja lääkärin kanssa voitte vielä keskustella tarkemmin perhettänne koskevista asioista.

Lapsen nimi ja syntymäaika: _____

Lapsi asuu

- molempien vanhempien kanssa
 äidin kanssa
 isän kanssa
 uusi avo/avioliitto v. ?
 muu, mikä

Muutoksia perheen rakenteessa

- ei muutoksia
 avio/avoero v.
 yhteishuoltajuus
 yksinhuoltajuus äiti/isä (ympyröi)

Tapaamisjärjestelyt vanhempien asuessa erillään _____

Onko lapsellanne sisaruksia?

- ei kyllä, syntymävuodet: _____

Muut perheeseen tai samaan talouteen kuuluvat henkilöt? _____

Päivähoito:

() kotona () perhepäivähoitajalla () päiväkodissa, missä _____

() ryhmäperhepäivähoidossa () kerhossa

Kuinka lapsi viihtyy päivähoitossa, jääkö mielellään hoitoon _____

LAPSEN TERVEYS JA HYVINVOINTI

Millaiseksi arvioitte lapsenne nykyisen terveydentilan? hyvä keskinkertainen huono

Onko lapsellanne jokin pitkäaikainen (fyysinen tai psyykinen) sairaus tai vamma?

- ei kyllä, mikä? _____

Hoitotaho ja nykyiset hoidot sekä rajoitteet: _____

Onko lapsella säännöllistä lääkitystä? _____

allergia ei kyllä _____

erityisruokavalio ei kyllä _____

Onko lapsellanne ollut toistuvasti viimeisen vuoden aikana?

	kyllä	ei		kyllä	ei
väsymystä tai uniongelmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pelkoja, ahdistuneisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arkuutta tai jännittyneisyyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alakuloisuutta, vetäytyneisyyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väkivaltaisuutta, aggressiivisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muita oireita, vaivoja tai kipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levottomuutta, keskittymisvaikeutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tapaturmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terveystottumukset

Syöminen;	lapsi	osaa	opettelee	tarvitsee tukea
	Syö monipuolisesti	()	()	()
	Syö pääosin siististi	()	()	()



Maitotuotteiden käyttö () maito tai maitojuoma () lapsi ei juo maitoa
() muut maitotuotteet, mitä _____

D-vitamiinilisä () on käytössä () ei käytössä

Pukeminen ja siisteys; lapsi osaa opettelee tarvitsee tukea

Pukee ja riisuu pääosin itse () () ()

Käy omatoimisesti wc:ssä () () ()

Esiintyykö kastelua () ei () päivisin () öisin kuinka usein _____
tuhimista () ei () kyllä kuinka usein _____

Iltarutiinit, nukkumaanmeno aika, nukahtaminen ja unen laatu: _____

Liikkuminen ja ulkoilu: _____

Vuorovaikutustaidot

Lapsi osaa opettelee tarvitsee tukea

Ilmaisee tunteitaan sanallisesti () () ()

Osaa odottaa vuoroaan hetken () () ()

Osaa huomioida toisia lapsia () () ()

Leikkii mielellään toisten lasten kanssa () () ()

Leikkii leikin loppuun () () ()

Jonkinlaisia roolileikkejä () () ()

Ymmärtää tavallista puhetta () () ()

Puhe selkeää lausepuhetta () () ()

Jaksaa kuunnella satuja () () ()

Miten kuvailisit lastasi? _____

Miten lapsenne tulee toimeen sisaruksiensa / toisten lasten kanssa? Kaverisuhteet?

Minkälaisista leikeistä lapsenne pitää? Erityisiä kiinnostuksen kohteita?

Kuinka paljon lapsellanne on ruutuaikaa päivässä? Minkälaisia sääntöjä/ohjeita teillä on ruutuajasta?

PERHEEN ARKI

Onko perheellänne riittävästi yhteistä aikaa? kyllä ei Kuinka vietätte sitä? _____

Perheessämme on:	kyllä	ei
tapana kannustaa ja antaa positiivista palautetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tapana jakaa kotityöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvallista kaikille ja yleensä sopuisa ilmapiiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tapana kertoa päivän tapahtumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yhteinen ruokahetki päivittäin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Miten perheessänne ratkaistaan tilanteet, joissa lapsi on rikkonut sovittuja sääntöjä tai käyttäytyy huonosti:

Koetteko tarvitsevanne tukea lapsen kasvatukseen liittyvissä asioissa?

ei kyllä, millaista? _____

Saamme jo tukea/olemme aikaisemmin saaneet tukea, mistä?

Lapsen hyvinvointiin ja selviytymiseen vaikuttavat kaikki perheen huolet, voimavaroja vievät asiat ja muutokset.

Onko teidän perheessänne?	kyllä	ei
pitkäaikaissairautta (fyysistä tai psyykkistä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jaksamisvaikeuksia, uupumista tai masennusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvattomuutta tai väkivaltaisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
päihdeongelmia tai -riippuvuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ongelmia perheenjäsenten välisissä suhteissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
taloudellisia huolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
surua tai menetyksiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jotakin muuta ajankohtaista, mitä? _____		

Keneltä saatte tarvittaessa tukea perheenne arjen sujumiseen?

isovanhemmilta ex puolisolta naapureilta ystävilta muilta ei/emme keneltäkään

Perheenne vahvuuksia: _____

Mikä lapsessa ilahduttaa _____

Toiveita terveystarkastuksen suhteen: _____

Lomakkeeseen vastasi () äiti () isä () molemmat

pvm ___/___/20___

Kiitos