



Päivähoitohenkilöstön on tärkeää saada kodilta tietoa lapsen terveydentilasta ja kehityksestä jo ennen hoidon alkamista. Näin lapselle voidaan suunnitella sopivin mahdollinen hoitopaikka ja turvata lapsen terveyttä ja kehitystä tukeva hoito alusta lähtien. Pyydämme teitä vastaamaan oheisiin kysymyksiin. Tietojen muuttuessa on tärkeää tiedottaa myös hoitavaa henkilökuntaa, jotta lapsen tiedot pysyvät aina ajantasalla.

Lapsen nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Lapsi käy neuvolassa  
(terveydenhoitajan nimi) \_\_\_\_\_

Ohjelman mukaiset  
rokotukset annettu  kyllä  ei

Lapsi on ollut sairaalan tai  
erikoislääkärin tutkimuksissa  kyllä  ei

(Päivämäärä, tutkimuspaikka  
ja tutkimuksen syy) \_\_\_\_\_

**Onko lapsella (rastita vaihtoehdot)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergia                                    | <input type="checkbox"/> Jatkuva lääkitys           |
| <input type="checkbox"/> Astma                                       | <input type="checkbox"/> Tuubit laitettu pvm _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Kehitysviivettä            |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                                   | <input type="checkbox"/> Puheen kehityksen viivettä |
| <input type="checkbox"/> Kuumekouristuksia                           | <input type="checkbox"/> Keskittymisvaikeutta       |
| <input type="checkbox"/> Reuma                                       | <input type="checkbox"/> Käyttäytymisongelmia       |
| <input type="checkbox"/> Sydänsairaus                                | <input type="checkbox"/> Kömpelyyttä                |
| <input type="checkbox"/> Syöpäsairaus                                | <input type="checkbox"/> Ylivilkkautta              |
| <input type="checkbox"/> Veriteitse tarttuva tauti                   | <input type="checkbox"/> Ujoutta, arkuutta          |
| <input type="checkbox"/> Toistuvia tulehdussairauksia,<br>mitä _____ | <input type="checkbox"/> Pelkoja                    |
| _____  | <input type="checkbox"/> Muuta _____                |
| _____  | _____   |

**Onko lapsella parhailaan tai  
aiemmin ollut (rastita vaihtoehdot)**

- puheterapiaa  
 fysioterapiaa  
 toimintaterapiaa  
 muuta \_\_\_\_\_

Terapeutin nimi \_\_\_\_\_

**Lisätietoja** \_\_\_\_\_

Allergioista ja erityisruokavaliosta toimitetaan terveydenhoitajan tai lääkärin todistus **vuosittain tai tilanteen muuttuessa**. Pitkäaikaissairauksista, kehitysviivästyistä, yms. toimitetaan ajanmukaiset asiantuntijan lausunnot.

**Yhteistyötahot**

Päivähoito toimii yhteistyössä muun koulutoimen sekä terveys- ja sosiaalitoimen kanssa. Yhteistyötä tehdessä on ensiarvoisen tärkeää tietää kodin näkemys (merkitse rasti).

- Lapsesta saa keskustella tarvittaessa  
 Lapsesta saa keskustella vain huoltajan luvalla  
 Lapsesta ei saa keskustella

\_\_\_\_\_ Pvm

\_\_\_\_\_ Huoltajan allekirjoitus