



## Kysely 5-vuotiaan vanhemmille

Lapsen nimi	Henkilötunnus
-------------	---------------

Kyllä      Ei      Välineet löytyy

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi pyöräilee mielellään             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi hiihtää ja luistelee mielellään  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Lapsi kiipeilee mielellään             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi leikkii palloleikkejä mielellään |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Lapsi saa pallon kiinni heitettäessä   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | Lapsi osaa juosta ketterästi           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi piirtelee mielellään             |

\_\_\_\_\_ Kumpaa kättä lapsi käyttää syödessään/piirtäessään

- |                          |                          |                                    |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi pukeutuu ilman apua          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi käy itsenäisesti WC:ssä      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi kyselee paljon               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi kertoo omista tekemisistään  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi vastaa vieraiden kysymyksiin |

\_\_\_\_\_ Miten usein lapselle luetaan satuja tms.

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jaksaako lapsi kuunnella satujen lukemista 20-30 min   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsella on muutama leikkikaveri, jonka kanssa leikkii päivittäin joko kotona tai hoidossa                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi leikkii toisten kanssa roolileikkejä, esim. kauppa, bussinkuljettajaa, poliisia, prinsessaa, kotileikkiä |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi piirtelee, rakentelee tai katselee kirjoja joskus rauhassa yksikseen                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi pystyy tarvittaessa istumaan rauhallisesti paikallaan  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi on yleensä tyytyväinen omiin piirustuksiinsa tai rakennelmiinsa  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi kestää pettymyksiä, epäonnistumisia ja kieltoja  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi osaa pitää puolensa toisten seurassa   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi pyrkii noudattamaan sääntöjä pelatessaan   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lapsi jää tuttuun kylään tai kerhoon hoitoon/ pystyy irrottautumaan vanhemmistaan                              |

Lapsen päivähoitopaikka on

koti  perhepäivähoito  päiväkotia  päiväkerho, missä \_\_\_\_\_

Oletteko tyytyväinen päivähoitoon? \_\_\_\_\_

### ARKIPÄIVÄN TILANTEIDEN SUJUMINEN LAPSEN KANSSA

Mikä Sinusta vanhempana tässä lapsessa on erityisen mukavaa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitä lapsi tekee mielellään vanhempien kanssa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nukkumaanmeno-aika ja yön pituus: \_\_\_\_\_

Miten lapsi menee nukkumaan ja missä lapsi nukkuu? \_\_\_\_\_

Nukkuuko lapsi päiväunet, niiden kesto? \_\_\_\_\_

Onko lapsella päiväkastelua, yökastelua, tuhrimista, ummetusta? \_\_\_\_\_

Kuinka paljon lapsi käyttää mediavälineitä (esim. TV, tietokone, kännykkä) päivässä? \_\_\_\_\_

Pelkääkö/jännittääkö lapsi jotakin? \_\_\_\_\_

Miten arkipäivän kasvatustilanteet perheessänne sujuvat? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onko perheessänne aikuisten elämään liittyviä huolia? \_\_\_\_\_

Käyttävätkö vanhemmat päihteitä, kuinka paljon, mitä (tupakka, alkoholi, huumeet)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Syökö lapsi  sopivasti  vähän  vaihtelevasti  valikoiden D-vitamiini  kyllä  ei

Käyttääkö lapsi maitotuotteita? \_\_\_\_\_

Onko lapsella jokin erityisruokavalio? \_\_\_\_\_

Onko lapsella sairauksia/oireilua, mitä? \_\_\_\_\_

Mistä lasta tai perhettänne koskevasta asiasta haluaisitte erityisesti keskustella neuvolassa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Saako lapsen asioista keskustella päivähoiton, koulun, puheterapeutin, psykologin, fysioterapeutin tai perheneuvolan kanssa?

**kyllä** **ei**

\_\_\_\_\_ Päiväys

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