



## TOIMINTATERAPIAAN TULEVAN LAPSEN TAUSTATIEDOT

Hyvät vanhemmat, haluaisimme teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin ennen toimintaterapiaan saapumista. Vastaukset ovat luottamuksellisia ja niistä keskustellaan yhdessä toimintaterapeutin kanssa.

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

Kotiosoite: \_\_\_\_\_

Huoltajan nimi: \_\_\_\_\_ Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Huoltajan nimi: \_\_\_\_\_ Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Sisarusten nimet ja syntymävuodet: \_\_\_\_\_

Allergiat: \_\_\_\_\_

Lääkitys: \_\_\_\_\_

Yhteistyötahot ja mahdolliset yhteyshenkilöt (nimi, ja puhelinnumero), joihin lupa olla yhteydessä lapsenne arviointiin liittyen.

Päivähoito: \_\_\_\_\_

Neuvola: \_\_\_\_\_

Perheneuvola: \_\_\_\_\_

Perhetyöntekijä: \_\_\_\_\_

Toiminta-, puhe- tai fysioterapeutti: \_\_\_\_\_

Koulu: \_\_\_\_\_

Joku muu, mikä: \_\_\_\_\_



Esiintyykö perheessä/lähisuvussa seuraavia? Jos esiintyy, kenellä?

- Oppimisen vaikeuksia
- Hahmottamisen pulmia
- Molempi/vasenkätisyyttä
- Kehitysvammaisuutta
- Tarkkaavuden häiriöitä
- Muuta, mitä? \_\_\_\_\_

#### LAPSEN VARHAISKEHITYS

Raskausviikot: \_\_\_\_\_

Syntymämitat: lapsen syntymäpaino \_\_\_\_\_ pituus \_\_\_\_\_ Apgar- pisteet \_\_\_\_\_

Eriyisiä huomioita raskausajasta tai  
synnytyksestä: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oliko imemään ja syömään oppimisessa vaikeuksia (rintaruokinta/ kiinteiden tai karkeampien ruokien syöminen)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Milloin lapsi oppi kuivaksi? \_\_\_\_\_

Motoriset taidot varhaisvaiheessa:      Milloin lapsi oppi kääntymään? \_\_\_\_\_

Milloin lapsi oppi ryömimään? \_\_\_\_\_

Milloin lapsi oppi konttaamaan? \_\_\_\_\_

Milloin lapsi oppi istumaan itsenäisesti? \_\_\_\_\_

Milloin lapsi otti ensiaskeleet? \_\_\_\_\_

Onko lapsi sairastellut paljon (esim. korvatulehdukset, allergiat, perussairaudet, sairaalahoidot)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onko lapsen kuulo- ja näkö testattu neuvolassa? Oletteko epäilleet kuulo- tai näkövaikeuksia lapsellanne?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



#### LAPSEN OMATOIMISUUS JA ARKITAIDOT

- Osaako lapsi toimia omatoimisesti pukeutumis- ja riisuuntumistilanteissa? kyllä / ei
- Osaako lapsi syödä omatoimisesti käyttäen lusikkaa tai haarukkaa? kyllä / ei
- Osaako lapsi voidella voileivän omatoimisesti? kyllä / ei
- Osaako lapsi huolehtia itse wc- käynnit? kyllä / ei
- Onko lapsen kätisyys vakiintunut (oikea tai vasen käsi)? kyllä / ei oikea / vasen

Mihin aikaan lapsi nukahtaa ja herää? Nukkuuko lapsi läpi yön levollisesti? Nukkuuko lapsi päiväunia?

---

---

---

Tarvitseeko lapsi paljon ohjausta arkitoimissa (sanallista tai kädestä pitäen näyttämistä, muistuttamista useamman kerran tai puolesta tekemistä)?

---

---

---

Onko lapsi kiinnostunut iänmukaisista askarteluista, palapeleistä, rakenteluista tai kynätyöskentelystä (piirtäminen, värittäminen)?

---

---

---

Millaiset lapsen motoriset taidot ovat? Osaako lapsi ajaa polkupyörällä (apurattain tai ilman)? Osaako lapsi hiihtää ja luistella?

---

---

---

Millaisista leikeistä lapsi pitää?

---

---

---

Millaisia kodin ulkopuolisia harrastuksia lapsella on/on ollut?

---

---



Onko lapsella kavereita? Kerro heidän suhteestaan. Pyrkiikö lapsi leikkimään itseään vanhempien/nuorempien lasten kanssa? Miten kaverileikit sujuvat?

---

---

---

Miten lapsi ilmaisee tunteitaan ja ajatuksiaan? (esim. tyytyväisyys, suru, viha, pelko, ilo)

---

---

---

Millainen lapsen käsitys hänestä itsestään on? Miten hän arvioi itseään ja omaa toimintaansa?

---

---

---

Miten lapsi reagoi erilaisiin tilanteisiin? (esim. yllätykset, muutokset, pettymykset, haasteet, epäonnistumiset)

---

---

---

Miten kuvailisit lastasi? Voit kuvailla vapaasti tai kertoa esim. ilon- ja huolenaiheista.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Päiväys

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