

Till vårdnadshavare

För att rätt kunna bedöma ditt barns hälsa och kunna vara till hjälp för dig och ditt barn ber vi dig så fullständigt som möjligt besvara nedanstående frågor

Lämna den ifyllda blanketten i slutet kuvert till skolsköterskan. Endast skolläkaren och skolsköterska har tillgång till denna handling

Eleven

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postnummer	Postort

Syskon (även halv- och styvsyskon som bor på samma adress)

Namn	Födelseår	Namn	Födelseår
Namn	Födelseår	Namn	Födelseår
Namn	Födelseår	Namn	Födelseår

Har ditt barn	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
allergi i ögon, näsa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	besvär med hård/lös mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicinerar ditt barn regelbundet eller vid behov**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ledbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har ditt barn varit med om större omställning i familjen (t e x nya syskon, sjukdom, dödsfall, skilsmässa, flyttning)?**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eksem*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
födoämnesallergi*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Idrottar ditt barn aktivt?	<input type="checkbox"/>
getingbett/biallergi**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	krampsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har ditt barn några andra fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ditt barn återkommande			syn-/hörselnedsättning**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skulle du vilja träffa skolläkaren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pubertetsproblem**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har ditt barn sedan årskurs 1		
magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psykiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- vårdats i hemmet för allvarigare sjukdom**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oro/ängslan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neuropsykiatrisk diagnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- vårdats på sjukhus**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- behandlats av läkare**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infektioner**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	annan kronisk/långv sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- behandlats av optiker**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finns det eller har det på senare år funnits tuberkulos			- behandlats av sjukgymnast**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ditt barn			- i släkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
svårighet att hålla urin dag/natt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- bland nära bekanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
svårigheter att hålla avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

* Beskriv nedan vad ditt barn reagerar mot
** Kommentera utförligare här nedan

Kommentarer till ovanstående svar

--

Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till

