



Lomake täytetään ennen terveystapaamista ja otetaan mukaan varatulle ajalle. Kaikki terveytesi liittyvät tiedot ovat luottamuksellisia ja jäävät terveydenhuoltohenkilöstön käyttöön.

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero

Sivilisaatio naimaton avioliitossa avioliitossa rekisteröity parisuhde eronnut / asumusero leski

Huollettavien lasten lukumäärä _____

KOULUTUS, AMMATTI JA TOIMEENTULO

Koulutus	Varusmiespalvelu	Viimeisin työtehtävä
<input type="checkbox"/> kansakoulu / peruskoulu <input type="checkbox"/> ammatillinen koulutus <input type="checkbox"/> lukio / ylioppilas <input type="checkbox"/> korkea-asteen koulutus <input type="checkbox"/> muu koulutus tai kurssi, mikä? <input type="checkbox"/> keskeytynyt / keskeytyneitä koulutuksia	<input type="checkbox"/> suoritettu <input type="checkbox"/> suorittamatta <input type="checkbox"/> lykkäys <input type="checkbox"/> vapautettu <input type="checkbox"/> ei koske minua	

Olen ollut työttömänä alle 6 kk 6-12 kk yli vuosi yli 5 vuotta

Toimeentuloni koostuu tällä hetkellä

ansiosidonnainen päiväraha / työttömyyspäiväraha työmarkkinatuki asumistuki toimeentulotuki
 sairauspäiväraha/kuntoutustuki ei tuloja muu tulo

TERVEYDENTILA, TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

Terveys, työ- ja toimintakyky	Miten arvioit tämän hetkisen terveydentilasi? <input type="checkbox"/> erittäin hyvä <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> huono <input type="checkbox"/> erittäin huono Oletko huolissasi jostakin terveydentilaasi liittyvästä asiasta? _____
	Miten arvioit tämän hetkistä työkykyäsi verrattuna siihen työhön, jota olet tällä hetkellä etsimässä? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=täysin työkyvytön ja 10=työkyky parhaimmillaan)
	Uskotko, että terveyden puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä ammatissa tai siinä työssä jota nyt haet vielä kahden vuoden kuluttua? <input type="checkbox"/> melko varmasti <input type="checkbox"/> en ole varma <input type="checkbox"/> tuskin
	Oletko viime aikoina Ollut toimekas ja vireä <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Melko usein <input type="checkbox"/> Silloin tällöin <input type="checkbox"/> Melko harvoin <input type="checkbox"/> En koskaan Nauttinut tavallisista päivittäisistä toimista <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Melko usein <input type="checkbox"/> Silloin tällöin <input type="checkbox"/> Melko harvoin <input type="checkbox"/> En koskaan Ollut toiveikas tulevaisuuden suhteen <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Melko usein <input type="checkbox"/> Silloin tällöin <input type="checkbox"/> Melko arvoon <input type="checkbox"/> En koskaan
	Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen elämäntilanteeseesi ja sen eri osa-alueisiin? Rengasta numero, joka lähinnä kuvaa tilannetta) erittäin tyytymätön erittäin tyytyväinen

a) terveydentilaan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) henkiseen tasapainoon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) perhe-elämään	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) muihin ihmissuhteisiin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) taloudelliseen tilanteeseen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) asumiseen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h) elämäntilanteeseesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ELINTAVAT JA TERVEYSTOTTUMUKSET

	Miten nukut yösi? <input type="checkbox"/> hyvin <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> huonosti	Montako tuntia keskimäärin? _____ Millainen on vuorokausirytmisi? _____
Ravitsemus	Kuinka monta ateriaa syöt päivässä? Yht. _____	
	Syötkö lämpimän aterian päivittäin? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en	
	Noudatanko erikoisruokavaliota? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä/miksi? _____	
	Oletko tyytyväinen tämän hetkiseen painoosi? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en, miksi et ole?	
Liikunta ja muut harrastukset	Kuinka usein keskimäärin viikon aikana harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan siten, että hengästyt ja hikoilet? _____ viikossa <input type="checkbox"/> en kertaakaan	
	Millaisia harrastuksia Sinulla On?	
Päihteiden käyttö ja riippuvuudet	Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> olen lopettanut <input type="checkbox"/> nuuskaa <input type="checkbox"/> _____ savuketta/vrk	
	Käytätkö alkoholia? <input type="checkbox"/> en käytä <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka monta annosta juot kerralla _____ kuinka usein? _____ 1 annos = pullo keskiolutta/siideriä, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl viinaa	
	Käytätkö huumausaineita?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> käytän <input type="checkbox"/> olen kokeillut <input type="checkbox"/> olen lopettanut
	Käytätkö lääkkeitä muuhun kuin sairauden hoitoon?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> käytän <input type="checkbox"/> olen kokeillut <input type="checkbox"/> olen lopettanut
	Tunnetko olevasi riippuvainen jostakin (esim. päihteet, netti, rahapelit)? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mistä?	
Rokotukset	Ovatko rokotuksesi voimassa (esim. kurkkumätä- ja jäykkäkouristus)? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> en tiedä	

SAIRAUDET JA LÄÄKITYS

Onko Sinulla ollut tai onko sinulla nyt joku lääkärin toteamista sairauksista tai vammoista?

<input type="checkbox"/> Tapaturmavamma	<input type="checkbox"/> Epilepsia, kourituksia tai tajunnanhäiriö	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus
<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	<input type="checkbox"/> Migreeni, usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Allergia
<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esimerkiksi astma	<input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus	<input type="checkbox"/> Työstä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma)
<input type="checkbox"/> Psykykinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus	<input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus <input type="checkbox"/> Aistielinsairauksia (näkö, kuulo)	<input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä <input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?

Onko sinulla tällä hetkellä vaivoja, oireita tai epäily jostakin sairaudesta, johon toivoisit selvittelyä?

Onko lähisuvussasi esiintynyt seuraavia sairauksia? allergia, astma diabetes verenpainetauti
 aivohalvaus sydänsairaus syöpä en tiedä muu, mikä?

Mitä lääkkeitä tai luontaislääkkeitä käytät säännöllisesti tai tarvittaessa?

TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ JA OMAT ODOTUKSET

Milloin/minä vuonna olet viimeksi ollut vastaanotolla tai tutkimuksissa?

Lääkäri/Terveystoimija _____ Hammaslääkäri/Suuhygienisti _____

Onko Sinulla vakinaista hoitavaa tahoa, mikä _____

Näöntutkimus _____ Kuulontutkimus _____

Oletko ollut sairauslomalla viimeksi kuluneen 12 kk aikana? en kyllä

Oletko ollut kuntoutuksessa tai kuntoutustutkimuksessa? en kyllä, missä ja milloin?

Onko Sinulla muita asioita joista haluaisit keskustella terveydenhoitajan/lääkärin kanssa?

Päiväys ja allekirjoitus