

TERVEYSKYSELY

Päiväys: _____ 20 _____

Lomake täytetään ennen ensimmäistä terveystapaamista ja otetaan mukaan varatulle ajalle. Rastittakaa tämän hetkistä tilannettanne parhaiten kuvaavat vaihtoehdot. Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tämä kysely toimii keskustelun pohjana terveystarkastuksessa.

HENKILÖTIEDOT

NIMI _____ HENKILÖTUNNUS _____
OSOITE _____ SÄHKÖPOSTIOSOITE _____
PUHELINNUMERO _____

Siviilisäätty naimaton avioliitto avioliitto / rekisteröity parisuhde
 eronnut / asumusero leski

Lasten lukumäärä: _____

Asumismuoto omakotitalo rivitalo kerrostalo hissillinen kerrostalo
 jokin muu _____

Onko kodissanne mielestänne muutostarpeita, mikäli arvelet asuvasi siinä 10 vuoden kuluttua?
 ei kyllä, minkälaisia? _____

Jos olet tulossa työttömän terveystarkastukseen vastaa alla oleviin kysymyksiin, muutoin siirry kohtaan
TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

KOULUTUS, AMMATTI, TOIMEENTULO

KOULUTUS

- kansakoulu / peruskoulu
 ammatillinen koulutus
 lukio / ylioppilas
 korkea-asteen koulutus
 muu koulutus tai kurssi, mikä?
 keskeytynyt / keskeytyneitä koulutuksia _____

ASEVELVOLLISUUS

- suoritettu
 suorittamatta
 lykkäys
 vapautettu
 ei koske minua

Ammattitutkinto _____

VIIMEISIN TYÖTEHTÄVÄ / TYÖKOKEILU, milloin? _____

OLEN OLLUT TYÖTTÖMÄNÄ alle 6 kk 6-12 kk yli 1 vuosi yli 5 vuotta

TOIMEENTULONI KOOSTUU TÄLLÄ HETKELLÄ

- ansio- tai työttömyysturva vammaistuki
 sairauspäiväraha kuntoutustuki toimeentulotuki asumistuki
 palkka muu tulo, mikä? _____
 eläke, mikä ja milloin myönnetty? _____ ei tuloja

TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Milloin /minä vuonna olette viimeksi olleet vastaanotolla tai tutkimuksissa?

Lääkäri / terveydenhoitaja _____
Lääkäri / terveydenhoitaja _____
Silmälääkäri / Optikko _____
Onko teillä vakinaista hoitotahoa, missä? _____

SAIRAUDET JA LÄÄKITYS

Rastittakaa alla olevasta luettelosta todetut sairaudet

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sepelvaltimotauti | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Selkävaivat |
| <input type="checkbox"/> Verenpainetauti | <input type="checkbox"/> Keuhkohtaumatauti | <input type="checkbox"/> Nivelrikko /-kuluma |
| <input type="checkbox"/> Korkea kolesteroli | <input type="checkbox"/> Uniapnea | <input type="checkbox"/> Reuma, reumaattinen kuume |
| <input type="checkbox"/> Sydämen rytmihäiriö | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Syvä laskimotukos |
| <input type="checkbox"/> Sydän-/aivoinfarkti | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus | <input type="checkbox"/> Aivoverenkierron häiriö |
| <input type="checkbox"/> Sydämen läppävika | <input type="checkbox"/> Munuais-/maksasairaus | <input type="checkbox"/> Migreeni, toistuva päänsärky |
| <input type="checkbox"/> Sydänlihassairaus | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Huimaus, pyörtyminen, tasapainohäiriöitä |
| <input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, sydämen tekoläppä | <input type="checkbox"/> Vatsahaava | <input type="checkbox"/> Muistisairaus /-ongelmat |
| <input type="checkbox"/> Synnynnäinen sydänvika | <input type="checkbox"/> Aistinelinsairaus (kuulo/näkö) | <input type="checkbox"/> Masennus |
| <input type="checkbox"/> Verisairaus (esim. hyytymishäiriö) | <input type="checkbox"/> Tekonivel | <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mikä? _____ |
| <input type="checkbox"/> Kasvain / syöpä | <input type="checkbox"/> Elinsiirto tehty | |
| <input type="checkbox"/> Allergia, mikä? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Leikkaukset, mikä? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> MRSA / ESBL / VRE / TRPA (moniresistenttibakteerit) | | |
| <input type="checkbox"/> HIV-infektio / AIDS | | |
| <input type="checkbox"/> Muu yleissairaus tai vamma, mikä? _____ | | |

Mitä lääkkeitä / luontaislääkkeitä / vitamiineja käytätte säännöllisesti / tarvittaessa, kuinka usein?

Onko teillä tällä hetkellä oireita tai epäily jostakin sairaudesta tai huoli omasta terveydestä?

ei kyllä, mistä? _____

Onko lähisuvussanne esiintynyt seuraavia sairauksia?

- sydän- ja verisuonisairaudet (esim. verenpaine-/sepelvaltimotauti, sydän-/aivoinfarkti)
 diabetes muistisairaus mielenterveydenhäiriöt
 astma ja allergia syöpä, mikä? _____
 muu sairaus, mikä? _____
 en tiedä

KOKEMANI TERVEYDENTILA, HYVINVOINTI JA TYÖKYKY

Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä? hyvä kohtalainen huono

Oletteko tyytyväinen elämäntilanteeseenne? kyllä en, miksi? _____

Onko yhteydenpitonne muihin ihmisiin muuttanut viimeisen vuoden aikana?

- ei ole muuttunut
 yhteydenpito on vähentynyt, miksi? _____
 en ole yhteydessä muihin ihmisiin

Oletteko viimeisen 2 viikon aikana ollut jatkuvasti masentunut tai allapäin suurimman osan päivästä tai lähes joka päivä? en kyllä

Oletteko viimeisen 2 viikon aikana ollut suurimman osan ajasta tavallista vähemmän kiinnostunut asioista tai onko kykyne tuntea mielihyvää ollut alentunut? en kyllä

Miten suhtaudutte tulevaisuuteen? suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti / positiivisesti
 minulla on tunne, että selviydyn vaikka kohtaisin vastoinkäymisiä
 minusta tuntuu, että en odota tulevaisuudelta mitään

Miten arvioisitte työkykyänne / toimintakykyänne tällä hetkellä? Ympyröikää lähinnä oleva vaihtoehto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = täysin työkyvytön / 10 = työkyky parhaimmillaan)

ROKOTUKSET

Jäykkäkouristus-kurkkumätä (Td-rokote) kyllä ei en tiedä v. _____

Tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko (MPR-rokote, MMR-rokote) kyllä ei en tiedä v. _____

Muita rokotteita (nimi ja vuosi) _____ v. _____
_____ v. _____

RAVITSEMUS

Syöttekö aamupalan lounaan välipalan päivällisen iltapalan
 jotain muuta, mitä? _____

Noudatatteko jotain erityisruokavaliota? en kyllä, mitä? _____

Syöttekö kasviksia, marjoja tai hedelmiä? päivittäin lähes päivittäin harvemmin

Käytättekö maitotaloustuotteita? en kyllä, kuinka paljon? _____
 rasvaton / vähärasvainen rasvallinen

Käytättekö öljyä tai pehmeää margariini ruoanvalmistuksessa ja leivän päällä? en kyllä, mitä? _____

Käytättekö täysjyvä-/moniviljatuotteita? en kyllä, mitä? _____

Syöttekö lihaa? en kyllä, mitä? _____

Syöttekö kalaa? en kyllä, kuinka usein? _____

Mitä juotte janoonne? _____

Mitä muita juomia käytätte usein?

virvoitusjuomia / mehuja energia / tai urheilujuomia muita makeita tai happamia juomia

Syöttekö makeisia tms. kuinka usein? _____

Käytättekö ksylitolituotteita ja kuinka usein? _____

Voitteko syödä ilman rajoituksia? _____

LIIKUNTA JA HARRASTUKSET

Kuinka usein harrastatte hyöty- tai arkiliikuntaa (esim. työmatkaliikunta, kotityöt, piha- ja lumityöt)

En lainkaan Satunnaisesti 1-2 krt/vko 3-4 krt/vko yli 4 krt/vko

Kuinka usein harrastatte kestävyyskuntoliikuntaa (esim. reipas kävely, juoksu, hiihto, yms.)

En lainkaan Satunnaisesti 1-2 krt/vko 3-4 krt/vko yli 4 krt/vko

Kuinka usein harrastatte lihaskuntoliikuntaa (esim. kuntosalilla)

En lainkaan Satunnaisesti 1-2 krt/vko 3-4 krt/vko yli 4 krt/vko

Kuinka usein harrastatte lihashuoltoa (esim. venyttely)

En lainkaan Satunnaisesti 1-2 krt/vko 3-4 krt/vko yli 4 krt/vko

Ovatko liikuntatottumuksenne muuttuneet viimeisen vuoden aikana?

(valitse itseäsi kuvaava vaihtoehto)

Liikunnan määrä on lisääntynyt Liikunnan määrä ei muuttunut
 Liikunnan määrä on vähentynyt

Millaisia harrastuksia teillä on? _____

UNI

Kuinka monta tuntia yössä nukutte keskimäärin? _____ h/yö

Tunnetteko itsenne väsyneeksi päiväsaikaan? en kyllä

Oletteko kärsinyt unihäiriöistä kuluneen vuoden aikana? en joskus usein

Haittaavatko suu/hampaat/proteesit nukkumistanne _____

PÄIHTEET

Tupakoitteko? en kyllä _____ savuketta/vrk olen lopettanut, milloin? _____

Käytättekö nuuskaa, piippua tmv.? en kyllä, kuinka paljon? _____

Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai muita alkoholijuomia?

en koskaan noin kerran kuukaudessa tai harvemmin 2-4 kertaa kuussa
 2-3 kertaa viikossa 4 kertaa viikossa tai useammin

Kuinka monta annosta juotte kerralla? _____

1 annos = pullo keskioolutta/siideriä, 12cl viiniä, 8cl väkevää viiniä tai 4cl viinaa

Käytättekö lääkkeitä tai muita huumeita? en kyllä, mitä? _____

Onko teillä muita koukuttavia riippuvuuksia, jotka rajoittavat arkielämäänne (esim. netti, rahapelit)?

ei kyllä, mitä? _____

MISTÄ MUUSTA HALUAISITTE KESKUSTELLA VASTAANOTOLLA?

