

Työttömien terveystarkastuksen esitietolomake asiakkaalle

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

Siviilisäätty naimaton avoliitossa avioliitossa rekisteröity parisuhde eronnut / asumusero leski

Huollettavien lasten lukumäärä

KOULUTUS, AMMATTI JA TOIMEENTULO

Koulutus	Asevelvollisuus	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 6kk 6-12kk yli 1 vuosi yli 5 vuotta

Toimeentuloni koostuu tällä hetkellä

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

ELINTAVAT, TERVEYSTOTTUMUKSET JA TERVEYDENTILA

Ravitsemus	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 harrastukset	Kuinka usein keskimäärin viikon aikana harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan siten, että hengästyit 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 huumeaineita? <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. netti, rahapelit)? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mistä?
Mieliala	Minkälainen mielialasi on ollut viime aikoina?
	Onko Sinulla ystäviä, joiden kanssa vietät aikaa?
	Nukutko yösi hyvin?

Terveydentila ja työkyky	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 jostain terveydentilaasi liittyvästä asiasta?
	Miten arvioit tämän hetkistä työkykyäsi verrattuna siihen työhön, jota tällä hetkellä olet 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
Rokotukset	Ovatko rokotuksesi voimassa (esim. kurkkumätä- 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"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus <input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine <input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esimerkiksi astma <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus	<input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö <input type="checkbox"/> Migreeni, usein toistuva päänsärky <input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä <input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus <input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus <input type="checkbox"/> Aistinelinsairauksia (näkö, kuulo)	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus <input type="checkbox"/> Allergia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Työstä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma) <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/Terveystenhoitaja _____ Hammaslääkäri/ Suuhygienisti _____
Onko Sinulla vakinaista hoitavaa tahoa, mikä _____
Näöntutkimus _____ Kuulontutkimus _____

Oletko ollut sairaslomalla 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 kanssa?

Päiväys ja allekirjoitus