

Työttömien terveystarkastuksen esitietolomake asiakkaalle

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

HENKIÖ- JA YHTEYSTIEDOT		
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero
Huollettavien lasten lukumäärä		
KOULUTUS, AMMATTI JA TOIMEENTULO		
Koulutus <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	Asevelvollisuus <input type="checkbox"/> suoritettu <input type="checkbox"/> suorittamatta <input type="checkbox"/> lykkäys <input type="checkbox"/> vapautettu <input type="checkbox"/> ei koske minua	Viimeisin työtehtävä
Olen ollut työttömänä <input type="checkbox"/> alle 6kk <input type="checkbox"/> 6-12kk <input type="checkbox"/> yli 1 vuosi <input type="checkbox"/> yli 5 vuotta		
Toimeentuloni koostuu tällä hetkellä <input type="checkbox"/> ansiosidonnainen päiväraha/ työttömyyspäiväraha <input type="checkbox"/> työmarkkinatuki <input type="checkbox"/> asumistuki <input type="checkbox"/> toimeentulotuki <input type="checkbox"/> sairauspäiväraha/ kuntoutustuki <input type="checkbox"/> ei tuloja <input type="checkbox"/> 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 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, 8cl väkevää viiniä tai 4cl viinaa	
	Käytätkö huumausaineita? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> käytän <input type="checkbox"/> olen kokeillut Käytätkö lääkkeitä muuhun kuin sairauden hoitoon? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> käytän <input type="checkbox"/> olen kokeillut	
	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 arviot 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-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"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus <input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine <input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esim. 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"/> Aistinelinnsairauksia (näkö, kuulo)	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus <input type="checkbox"/> Allergia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Työssä 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 syöpä
 verenpainetauti aivohalvaus sydänsairaus 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 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 kanssa?

Päiväys ja allekirjoitus