

TYÖTERVEYSKYSELY

Kaikki Sinun terveyteesi liittyvät tiedot ovat luottamuksellisia ja jäävät vain työterveyshenkilöstön käyttöön.

Henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Osoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin
<input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> avoliitossa	<input type="checkbox"/> avioliitossa
<input type="checkbox"/> eronnut	<input type="checkbox"/> leski	
Lasten syntymävuodet	Asevelvollisuus suoritettu vuonna	Palvelukelpoisuusluokka
Koulutus/tutkinto	Ensiapukurssi v.	

Työpaikkatiedot

Nykyinen työpaikka/osasto/yksikkö		Työsuhde alkanut/alkaa
Ammatti	Työtehtävä	Teetkö lisätöitä/ opiskeletko <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Työmuoto <input type="checkbox"/> päivätyö, työaika klo <input type="checkbox"/> vuorotyö, työaika klo <input type="checkbox"/> etätyö		
Aikaisemmat työnantajat/työalat	Milloin (vuodet)	Toimenkuva/altisteet
Esiintyykö työssäsi seuraavia kuormitustekijöitä?		
<input type="checkbox"/> yksipuoliset työasennot	<input type="checkbox"/> istumatyö	<input type="checkbox"/> seisomatyö
<input type="checkbox"/> työ henkisesti rasittava	<input type="checkbox"/> kiire	<input type="checkbox"/> yksin työskentely
<input type="checkbox"/> melu	<input type="checkbox"/> pöly	<input type="checkbox"/> tärinä
<input type="checkbox"/> kylmä	<input type="checkbox"/> kuuma	<input type="checkbox"/> tapaturmavaara
		<input type="checkbox"/> nostotyö
		<input type="checkbox"/> esimiestyö
		<input type="checkbox"/> liuotinaineet tai muut kem.
		<input type="checkbox"/> näyttöpäätetyö
		<input type="checkbox"/> matkatyö
		<input type="checkbox"/> veto
		<input type="checkbox"/> muu, mikä

Suvussa esiintyvät sairaudet

Esiintyykö lähisuvussasi seuraavia sairauksia (vanhemmillasi, isovanhemmillasi, sisaruksillasi)?			
<input type="checkbox"/> alkoholismi	<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> psyykkinen sairaus
<input type="checkbox"/> silmäpainetauti	<input type="checkbox"/> sydän- ja verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> syöpä	<input type="checkbox"/> verenpainetauti
<input type="checkbox"/> muu, mikä?			

Onko sinulla tällä hetkellä tai aikaisemmin ollut seuraavia oireita tai sairauksia?

<input type="checkbox"/> Syöpä, pahanlaatuinen kasvain	<input type="checkbox"/> Silmäsairaus/värisokeus	<input type="checkbox"/> Närästys/muita vatsaoireita
<input type="checkbox"/> Sokeritauti	<input type="checkbox"/> Korvasairaus/meluvamma/huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/> Vatsa- tai suolistosairaus/keliakia
<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/> Ripuli- tai ummetustaipumusta
<input type="checkbox"/> Anemia, raudanpuute	<input type="checkbox"/> Hengityselinsairauksia/oireita	<input type="checkbox"/> Eturauhastulehdus
<input type="checkbox"/> Unihäiriöitä	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Virtsaelinten sairaudet
<input type="checkbox"/> Alkoholihäiriöiden väärink.	<input type="checkbox"/> Ihottuma, ihosairaus	<input type="checkbox"/> Iskias tai usein kipua selässä
<input type="checkbox"/> Mielenterveyshäiriö/sairaus	<input type="checkbox"/> Yliherkkyys, allergia	<input type="checkbox"/> Niska-, hartiavaivoja
<input type="checkbox"/> Jännitys- tai pelkotilat	<input type="checkbox"/> Sydän- ja verisuonitauteja	<input type="checkbox"/> Nivelvaivoja/reuma
<input type="checkbox"/> Masentuneisuus	<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine/verenpainetauti	<input type="checkbox"/> Muita tuki- ja liikuntaelin-oireita/sairauksia
<input type="checkbox"/> Epilepsia, muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/> Rintakipua	<input type="checkbox"/> Posit. HIV-vasta-aineet
<input type="checkbox"/> Migreeni/toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Halvaus	<input type="checkbox"/> Posit. B- tai C-hepatiitti v.a.
<input type="checkbox"/> Pitkäaikainen huimaus	<input type="checkbox"/> Suonikohjut	<input type="checkbox"/> Muu sairaus tai oire

Lisätietoja (mikäli vastasit johonkin kohtaan ”kyllä”, kerro toteamisvuosi, hoitopaikka ja taudin/oireen nykytila).

Leikkaukset/muut sairaalahoitot

Terveydentila ja terveystottumukset

Pituus ja paino	cm	kg		
Oma arvio nykyterveydestäsi	<input type="checkbox"/> erinomainen	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> kohtalainen	<input type="checkbox"/> huono
Ravinto	Noudatko erikoisruokavaliota? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä?			
	Haluatko lisätietoa ravitsemuksesta tai tukea painonhallintaan? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä			
Liikunta	Harrastatko liikuntaa			
	<input type="checkbox"/> säännöllisesti _____ kertaa/viikko, mitä?			
	<input type="checkbox"/> epäsäännöllisesti _____ kertaa/viikko, mitä?			
	<input type="checkbox"/> en lainkaan			

Muut vapaa-ajan harrastukset	
Uni	<p>Kuinka monta tuntia nuket keskimäärin vuorokaudessa? _____</p> <p>Oletko kokenut unettomuutta viimeisen vuoden aikana? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> usein</p>
Tupakointi	<p>Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä.</p> <p>Montako vuotta olet tupakoinut/käyttänyt nuuskaa? _____</p>
Alkoholi	<p>Käytätkö alkoholia? (1 annos on pullo keskiolutta/siideriä, 12cl viiniä, 8cl väkevää viiniä tai 4cl viinaa)</p> <p><input type="checkbox"/> en lainkaan <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> viikossa __ annosta <input type="checkbox"/> päivässä __ annosta</p> <p>Haluatko tukea alkoholin käytön vähentämiseen/lopettamiseen? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä</p>
Huumeet	<p>Oletko kokeillut? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä Mitä, milloin?</p> <p>Käytätkö nykyisin? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä Mitä, milloin?</p>
Lääkkeet	<p>Käytätkö lääkkeitä</p> <p><input type="checkbox"/> satunnaisesti, mitä?</p> <p><input type="checkbox"/> säännöllisesti, mitä? Annostus?</p>
Allergia/lääkeaineallergia/ yliherkkyys	
Rokotukset	<p>Jäykkäkouristus-kurkkumätä (tetanus-difteria) v. _____ Polio v. _____</p> <p>A-hepatiitti v. _____ B-hepatiitti v. _____</p> <p>A+B-hepatiitti v. _____ Muu v. _____</p>
Terveystarkastukset	<p>Kuulontutkimus v. _____ Näkö v. _____ Hammaslääkäri v. _____</p> <p>Gynekologin tarkastus v. _____ Papa v. _____ Mammografia v. _____</p> <p>Tutkitko rintasi itse? <input type="checkbox"/> säännöllisesti/kk <input type="checkbox"/> __ kertaa vuodessa <input type="checkbox"/> en tutki</p>
Kuntoutus	<p>Oletko ollut kuntoutuksessa? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, missä?</p>

Vakuutan edellä antamani tiedot oikeiksi _____

Allekirjoitus