



## Työttömien terveystarkastuksen esitietolomake

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

<b>Henkilö- ja yhteystiedot</b>	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja –toimipaikka	
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero	Huollettavien lasten lukumäärä

<b>Koulutus, ammatti ja toimeentulo</b>	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"/> Vapautus
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"/> Sairauspäiväraha / kuntoutustuki	<input type="checkbox"/> Toimeentulotuki	<input type="checkbox"/> Ei tuloja		
<input type="checkbox"/> Muu tulo, mikä?				

### Elintavat, terveystottumukset ja terveydentila

<b>Ravitsemus</b>	Syötkö lämpimän aterian päivittäin?
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
	Noudatanko erityisruokavaliota?
	<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä / miksi?



	Oletko tyytyväinen tämän hetkiseen painoosi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En, miksi?
<b>Liikunta ja harrastukset</b>	Kuinka usein viikon aikana keskimäärin harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan siten, että hengästyt ja hikoilet? <input type="text"/> viikossa <input type="checkbox"/> En kertaakaan
	Harrastukset
<b>Päihteiden käyttö ja riippuvuudet</b>	Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen lopettanut <input type="checkbox"/> Nuuskaan <input type="text"/> savuketta / vrk
	Käytätkö alkoholia? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka monta annosta juot kerralla <input type="text"/> ja kuinka usein <input type="text"/> ? <b>1 annos</b> = pullo keskiolutta / siideriä, 12cl 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 yms.)? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mistä?
<b>Mieliala</b>	Minkälainen mielialasi on ollut viime aikoina?
	Onko sinulla ystäviä, joiden kanssa vietät aikaa?
	Nukutko yösi hyvin?
<b>Terveydentila ja työkyky</b>	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?
	Minkälaiseksi arvioit työkykysi työhön, jota tällä hetkellä etsit? <input type="checkbox"/> Erittäin hyvä <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/> Erittäin huono



	Uskotko, että terveyden puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä ammatissasi 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
<b>Rokotukset</b>	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, joitakin lääkärin toteamia sairauksia tai vammoja?			
<input type="checkbox"/> Tapaturmavamma	<input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus	
<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	<input type="checkbox"/> Migreeni tai usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä	<input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä	
<input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esim. astma	<input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus	<input type="checkbox"/> Työssä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma)	
<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus	<input type="checkbox"/> Ruoansulatuselinten sairaus	<input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?	
<input type="checkbox"/> Allergia	<input type="checkbox"/> Aistinelin sairauksia (näkö, kuulo)		
Onko sinulla tällä hetkellä vaivoja, oireita tai epäily jostain sairaudesta, johon toivoisit selvittelyä?			
Onko lähisuvussasi esiintynyt seuraavia sairauksia?			
<input type="checkbox"/> Allergia / Astma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Syöpä	<input type="checkbox"/> Verenpainetauti
<input type="checkbox"/> Aivohalvaus	<input type="checkbox"/> Sydänsairaus	<input type="checkbox"/> En tiedä	<input type="checkbox"/> 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 / Terveydenhoitaja:	Hammaslääkäri / Suuhygienisti:
Onko sinulla vakinaista hoitavaa tahoja, mikä?	



Näöntutkimus:	Kuulontutkimus:
Oletko ollut sairaslomalla viimeisen vuoden aikana?	<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä
Oletko ollut kuntoutuksessa tai kuntoutustutkimuksessa?	<input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, missä ja milloin?
Onko sinulla muita asioita, joista haluaisit keskustella terveydenhoitajan kanssa?	

#### Allekirjoitus

Päivä ja paikka	Allekirjoitus
-----------------	---------------