

Työttömien terveystarkastuksen esitietolomake asiakkaalle

1.8.2010

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

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

| | | |
|----------|------------------|---------------|
| Sukunimi | Etunimet | Henkilötunnus |
| Osoite | Sähköpostiosoite | Puhelinnumero |

Siviilisääty naimaton avoliitossa avoliitossa / 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 keskiolettua/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 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