



Elintavat, terveystottumukset ja terveydentila	Kuinka usein keskimäärin viikon aikana harrastat kunto- ja hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan siten, että hengästyt ja hikoilet?  _____ viikossa _____ ei kertaakaan
	Millaisia harrastuksia sinulla on?
	Päihteiden käyttö Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> olen lopettanut <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> nuuskaa _____ savuketta/vrk
	Käytätkö alkoholia <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä Jos käytät, niin kuinka monta annosta juot kerralla? _____ annosta Kuinka usein? _____ 1 annos = pullo keskiolettua/siideriä, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl viinaa
	Käytätkö huumausaineita? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> olen kokeillut <input type="checkbox"/> olen lopettanut Jos käytät, niin mitä? _____
	Käytätkö lääkkeitä muuhun kuin sairauden hoitoon? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> olen kokeillut <input type="checkbox"/> olen lopettanut Jos käytät, niin mitä? _____
	Tunnetko olevasi riippuvainen jostakin (esim. netti, rahapelit)? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mistä _____
	Mieliala Minkälainen mielialasi on ollut viime aikoina?
	Sosiaaliset suhteet Onko sinulla ystäviä, joiden kanssa vietät aikaa?
	Minkälaiset perhesuhteesi ovat?
	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)

	<p>Uskotko, että terveyden puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä ammatissa (jossa olet työskennellyt ennen työttömyyttä), tai siinä työssä jota nyt haet, vielä kahden vuoden kuluttua?</p> <p><input type="checkbox"/> melko varmasti                      <input type="checkbox"/> en ole varma                      <input type="checkbox"/> tuskin</p>																						
	<p>Rokotukset</p> <p>Ovatko rokotuksesi voimassa (esim. kurkkumätä- ja jäykkäkouristus)?</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä                      <input type="checkbox"/> ei                      <input type="checkbox"/> en tiedä</p>																						
Sairaudet ja lääkitys	<p>Onko sinulla ollut tai onko sinulla nyt joku lääkärin toteamista sairauksista tai vammoista?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tapaturmavamma</td> <td><input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus</td> <td><input type="checkbox"/> Aistielinten sairauksia (näkö, kuulo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine</td> <td><input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esim. astma</td> <td><input type="checkbox"/> Allergia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö</td> <td><input type="checkbox"/> Työstä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Migreeni, usein toistuva päänsärky</td> <td><input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä</td> <td><input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tapaturmavamma	<input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus	<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	<input type="checkbox"/> Aistielinten sairauksia (näkö, kuulo)	<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus	<input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esim. astma	<input type="checkbox"/> Allergia	<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö	<input type="checkbox"/> Työstä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma)	<input type="checkbox"/> Migreeni, usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä	<input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä	<input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?	<input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus	_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> Tapaturmavamma	<input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus																						
<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	<input type="checkbox"/> Aistielinten sairauksia (näkö, kuulo)																						
<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus																						
<input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esim. astma	<input type="checkbox"/> Allergia																						
<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus	<input type="checkbox"/> Diabetes																						
<input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö	<input type="checkbox"/> Työstä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma)																						
<input type="checkbox"/> Migreeni, usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä																						
<input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä	<input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?																						
<input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus	_____																						
	_____																						
	_____																						
	<table border="0"> <tr> <td>Naisille:</td> <td>Miehille:</td> </tr> <tr> <td>Edellinen gynekologinen tarkastukseni oli (kk/v) _____ / _____</td> <td>Onko sinulla ollut eturauhasvaivoja/-tulehduksia?</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> kyllä    <input type="checkbox"/> ei</td> </tr> <tr> <td>Tutkitko rintasi säännöllisesti?</td> <td>Onko PSA-arvosi tutkittu?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> kyllä    <input type="checkbox"/> en</td> <td><input type="checkbox"/> kyllä    <input type="checkbox"/> ei</td> </tr> </table>	Naisille:	Miehille:	Edellinen gynekologinen tarkastukseni oli (kk/v) _____ / _____	Onko sinulla ollut eturauhasvaivoja/-tulehduksia?		<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Tutkitko rintasi säännöllisesti?	Onko PSA-arvosi tutkittu?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei												
Naisille:	Miehille:																						
Edellinen gynekologinen tarkastukseni oli (kk/v) _____ / _____	Onko sinulla ollut eturauhasvaivoja/-tulehduksia?																						
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei																						
Tutkitko rintasi säännöllisesti?	Onko PSA-arvosi tutkittu?																						
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei																						
	Mitä lääkkeitä tai luontaislääkkeitä käytät säännöllisesti tai tarvittaessa?																						
	<p>Milloin/minä vuonna olet viimeksi ollut vastaanotolla tai tutkimuksissa?</p> <table border="0"> <tr> <td>Lääkäri</td> <td>_____</td> <td>Terveystoimittaja/</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>sairaanhoidaja</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hammaslääkäri</td> <td>_____</td> <td>Suuhygienisti</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Onko sinulla vakinaista hoitavaa tahoa, mikä</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td>Näöntutkimus</td> <td>_____</td> <td>Kuulontutkimus</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Lääkäri	_____	Terveystoimittaja/	_____		_____	sairaanhoidaja	_____	Hammaslääkäri	_____	Suuhygienisti	_____	Onko sinulla vakinaista hoitavaa tahoa, mikä	_____			Näöntutkimus	_____	Kuulontutkimus	_____		
Lääkäri	_____	Terveystoimittaja/	_____																				
	_____	sairaanhoidaja	_____																				
Hammaslääkäri	_____	Suuhygienisti	_____																				
Onko sinulla vakinaista hoitavaa tahoa, mikä	_____																						
Näöntutkimus	_____	Kuulontutkimus	_____																				
	Oletko ollut sairauslomalla viimeksi kuluneen 12 kk:n 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?																						
	Mistä muista asioista haluaisit keskustella terveydenhoitajan kanssa?																						