

Perusturvakuntayhtymä Karviainen

TERVEYSTARKASTUKSEN ESITIEDOT

Kartoitamme esitietokyselyllä terveydentilaanne ja mahdollista alttiutta sairastumiseen. Antamanne tiedot auttavat työterveyshenkilöstöä arvioimaan terveydentilaanne. Tiedot ovat luottamuksellisia.

HENKILÖTIEDOT					
Sukunimi ja etunimet Entinen sukunimi			Henkilötunnus		
Kotiosoite			Puhelinnumero koti/työ		
Siviilisäät		Samassa taloudessa asuvien perheenjäsenten/henkilöiden lukumäärä			
Asevelvollisuus/siviilipalvelu suoritettu v.			Palv.kelp.luokka		
TYÖHÖN LIITTYVÄT TIEDOT					
Työntaja		Toimipiste/Osasto		Esimies	
Ammatti/työtehtävä		Työsuhde on alkanut		Työsuhteeni on vakainainen <input type="checkbox"/> määräaikainen <input type="checkbox"/>	
Uuteen työtehtävään liittyviä toiveita					
Aikaisemmat työsuhteet		Työsuhteen kestoaika		Ammatti/työtehtävä	
Onko työssänne ollut altistusta: melulle <input type="checkbox"/> pölylle <input type="checkbox"/> liuotainaineelle <input type="checkbox"/> muita altisteita, <input type="checkbox"/> mitä?					
Onko Teillä todettu ammattitautia, työperäisiä sairauksia tai oireita, jos niitä mitä?					
LÄHISUVUSSA TODETUT SAIRAUDET					
Onko vanhemmillanne tai sisaruksillanne todettu seuraavia sairauksia:					
	Ei	Kyllä		Ei	Kyllä
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydän-ja verisuonisairauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mielenterveyshäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma, yliherkkyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuta tärkeää huomioitavaa:					
TERVEYDENTILA JA AIEMMAT SAIRAUDET					
Millaiseksi arvioitte terveydentilanne samanikäisiin verrattuna ? hyvä tai erinomainen <input type="checkbox"/> keskinkertainen <input type="checkbox"/> melko huono <input type="checkbox"/> huono <input type="checkbox"/>					
Onko teillä nyt tai aikaisemmin ollut seuraavia vaivoja, oireita tai sairauksia:					
	Ei	Kyllä		Ei	Kyllä
Syöpä, kasvain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydän-ja verisuonitauteja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rintakipua rasituksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia, raudanpuute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unihäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suonikohjut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholin väärinkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mahahaava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielenterveyshäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muita vatsaoireita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia, muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verta ulosteessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu suolistosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keltatauti, maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pitkäaikainen huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gynekologiset sairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmäsairaus, värisokeus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eturauhassairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmälasit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virtsaelintulehdus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvasairaus, huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puutumista raajoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengityselinsairauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivelvaivoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivelreuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihottuma, ihosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuki-ja liikuntaelinten vaivoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yliherkkyys, allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu pitkäaikainen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leikkaukset, vakavat tapaturmat ja muut tärkeät lisätiedot?			
Miten nykyisiä vaivoja tai sairauksia hoidetaan ? Käytättekö säännöllisesti tai usein jotakin lääkitystä? Jos niin, mitä ja mihin vaivaan?			
Kuinka monta päivää olitte viimeisen vuoden aikana sairauden vuoksi pois työstä?			
ROKOTUKSET, TERVEYS-JA LIIKUNTATOTTUMUKSET			
Mitä rokotuksia olet saanut, vuonna? Jäykkäkouristus-kurkkumätä (diTe-booster/tet-d) Polio A-hepatiitti (Havrix) B-hepatiitti (Engerix) AB-hepatiitti (Twinrix) muut rokotteet			
Paino kg	Painoindeksi /BMI	Vyötärön ympärysmitta cm	
Pituus cm			
Edellinen terveystarkastus tehty vuonna	Papa otettu vuonna Mammografia otettu vuonna	Synnytykset vuosina	
Ovatko hampaanne <input type="checkbox"/> hoidetut <input type="checkbox"/> hoitamatta <input type="checkbox"/> proteesi			
Ravintotottumukset: Kuinka monta ateriaa syötte päivittäin ja millaiset ovat ravintotottumuksenne ?			
Tupakointi: En ole tupakoinut <input type="checkbox"/> Tupakoin tai käytän muita tupakkatuotteita <input type="checkbox"/> Mitä? Kuinka paljon/ pvä keskimäärin? Olen lopettanut vuonna			
Alkoholin ja päihteiden käyttö: Montako annosta alkoholia käytätte keskimäärin viikossa? (1 annos = 1 plo keskiolutta, 12 cl viiniä, 1 ravintola-annos väkevää alkoholia) Käytättekö muita päihteitä tai huumeita? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> mitä? Aiheuttaako alkoholin tai muiden päihteiden käyttö Teille ongelmia? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kertokaa tarkemmin			
Liikuntatottumukset: Kuinka usein keskimäärin harrastatte liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan siten että hengästyttte ja hikoilette? Tavallisimmat liikuntalajit?			
HYVINVOINTI, UNI, VIREYS JA STRESSI			
Millaiseksi arvioitte nykyisen hyvinvointinne ja jaksamisenne asteikolla 0-10; nolla tarkoittaa, ettei voimavaroja jäljellä lainkaan ja kymmenen tarkoittaa, että koette olevanne elämänne parhaissa voimissa. Rastittakaa numero, jonka antaisitte omille voimavaroillenne juuri nyt? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Huomioitavaa			
Nukutteko mielestänne hyvin? En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kuinka monta tuntia nukut vuorokaudessa? Jos kärsitte unihäiriöistä, kuvaillkaa tilanteenne			
Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi taikka hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä. Tunnetteko Te nykyisin tällaista stressiä? En lainkaan <input type="checkbox"/> vain vähän <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> melko paljon <input type="checkbox"/> melko paljon <input type="checkbox"/>			
Mitkä asiat elämässänne ylläpitävät hyvinvointianne tai parantavat jaksamistanne antaen mielihyvää? Haluattekko keskustella hyvinvointiin, työhön tai terveyteen liittyvistä asioista, mistä?			
Mitä toiveita ja/tai odotuksia Teillä on työterveyshuoltopalvelujen suhteen?			
Kiitämme vastauksistanne!			

Päivämäärä / .

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Tarkastettavan allekirjoitus