

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 Pituus cm | Painoindeksi /BMI | | Vyötärön ympärysmitta 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"/> paljon <input type="checkbox"/> | | | |
| Mitkä asiat elämässänne ylläpitävät hyvinvointianne tai parantavat jaksamistanne antaen mielihyvää? Haluattekö keskustella hyvinvointiin, työhön tai terveyteen liittyvistä asioista, mistä? | | | |
| Mitä toiveita ja/tai odotuksia Teillä on työterveyshuoltopalvelujen suhteen? | | | |
| Kiitämme vastauksistanne! | | | |

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Päivämäärä / .

Tarkastettavan allekirjoitus