

TYÖTERVEYSKYSELY

Päiväys ____/____ 20__

Tiedot ovat luottamuksellisia ja tarkoitettu vain työterveyshuoltohenkilöstölle.

HENKILÖTIEDOT			
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus	
Kotiosoite	Postitoimipaikka	Sähköpostiosoite	
Puhelin / koti	Puhelin / työ	Puhelin / kännykkä	
<input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> vakiintunut parisuhde <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski			
Asevelvollisuus/siviilipalvelu suoritettu vuonna	<input type="checkbox"/> vapautettu	Palv.kelp.lk.	Koulutus
KOULUTUS, TYÖ JA TYÖOLOSUHDETIEDOT			
Peruskoulutus			
Ammatillinen koulutus	Tutkinto	vuosi	
Työnantaja	Toimipiste/osasto	Esimies	
Työtehtävä	Työsuhde on alkanut	<input type="checkbox"/> määräaikainen ____ - ____ 20__ <input type="checkbox"/> vakinainen	
Aiemmat yli 1 v. työsuhteet	Työtehtävä ja kesto vuosina		

Nykyinen työaika ja työssä esiintyvät kuormitustekijät?	
Työaikamuoto	<input type="checkbox"/> päivätyö <input type="checkbox"/> 2-vuorotyö <input type="checkbox"/> 3-vuorotyö <input type="checkbox"/> yötyö
Työaika viikossa _____	Teetkö ylityötä? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____ tuntia/vko
Työssäni on seuraavia kuormitustekijöitä ja/tai altisteita	
<input type="checkbox"/> melu <input type="checkbox"/> veto <input type="checkbox"/> yksip. työasento <input type="checkbox"/> yksin työskentely <input type="checkbox"/> hankala asiakas <input type="checkbox"/> pöly <input type="checkbox"/> kylmä <input type="checkbox"/> istumatyö <input type="checkbox"/> esimiestyö <input type="checkbox"/> henkisesti kuormittava <input type="checkbox"/> ääriä <input type="checkbox"/> kuuma <input type="checkbox"/> seisomatyö <input type="checkbox"/> matkatyö <input type="checkbox"/> väkivallan uhka <input type="checkbox"/> kemikaalit <input type="checkbox"/> kiire <input type="checkbox"/> nostotyö <input type="checkbox"/> valvontatyö <input type="checkbox"/> tartuntavaara <input type="checkbox"/> säteily <input type="checkbox"/> tapaturmavaara <input type="checkbox"/> näyttöpäätetyö <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> muu, mikä? <input type="checkbox"/> asbesti, kiviä	
Oletko altistunut merkittävästi em. kuormitustekijöille aiemmissa töissä? Kerro tarkemmin.	

Kuvaile muutamalla sanalla nykyistä työtehtävääsi
Mikä omassa työssä/työyhteisössä on mielestäsi positiivista ja kannustavaa?
Entä kuormittavaa ja kuluttavaa?

Onko työssäsi tai työpaikalla tapahtunut muutoksia tai onko tiedossasi tulevia muutoksia?
Onko Sinulla osaamista, tietoja ja taitoja nykyisten tehtäviesi hoitamiseen? Koetko lisäkoulutustarvetta?
Millaisena koet työpaikkasi ilmapiirin? <input type="checkbox"/> erinomainen <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> keskinkertainen <input type="checkbox"/> tydyttävä <input type="checkbox"/> huono
Onko Sinusta mukava tulla töihin aamuisin / työvuoroosi?

TERVEYDENTILA, HYVINVOINTI JA TERVEYSTOTTUMUKSET	
Ravinto-tottumukset	Noudatatko erikoisruokavaliota? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä? _____ Kuinka monta ateriaa syöt päivittäin? _____ Haluatko lisätietoa ravitsemuksesta tai tukea painonhallintaan? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en
Liikunta Lajit?	Kuinka usein tavallisesti harrastat liikuntaa vähintään 30 min. siten, että hengästyt, hikoilet ja/tai käytät lihasvoimiasi? <input type="checkbox"/> yli 3 kertaa viikossa <input type="checkbox"/> 2-3 kertaa viikossa <input type="checkbox"/> noin kerran viikossa <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> ei koskaan <input type="checkbox"/> hyötyliikuntaa Haluatko lisätietoa liikunnasta tai tukea liikunnan aloittamiseen? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en
Kerro asioista tai harrastuksista, jotka parantavat jaksamistasi ja hyvinvointiasi?	
Sosiaalinen tukiverkosto	Onko lähipiirissäsi ihminen, jonka kanssa voit keskustella henkilökohtaisista asioistasi? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Uni	Kuinka monta tuntia nuket keskimäärin vuorokaudessa? _____ h/vrk Oletko virkeä herätessäsi? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä Oletko kärsinyt unihäiriöistä viimeksi kuluneen vuoden aikana? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> usein Tunnetko itsesi väsyneeksi päiväsaikaan? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> usein
Tupakkatuotteiden käyttö	Tupakoitko? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____ savuketta/vrk Käytätkö nuuskaa, piippua tmv? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en Haluatko tukea tupakoinnin lopettamiseen? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en
Alkoholi	Kuinka usein käytät alkoholia? <input type="checkbox"/> en koskaan <input type="checkbox"/> kuukausittain tai harvemmin <input type="checkbox"/> kahdesta neljään kertaan / kk <input type="checkbox"/> kahdesta kolmeen kertaa viikossa <input type="checkbox"/> neljästi viikossa tai useammin Kun käytät alkoholia, montako annosta tavallisimmin otat päivässä? 1 annos = pullo keskialutta/siideriä, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl viinaa
Muiden päihteiden väärinkäyttö	Käytätkö muita päihteitä (huumeet, lääkkeet tmv.)? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä?
	Aiheuttaako alkoholin ja/tai muiden päihteiden käyttö Sinulle ongelmia tai onko joku ollut huolissaan päihteiden käytöstäsi? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Haluatko tukea päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en Muuta tärkeää?

Kuinka hyvä terveydentilasi on mielestäsi nyt? <input type="checkbox"/> erinomainen <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> keskitasoinen <input type="checkbox"/> melko huono <input type="checkbox"/> huono
Millaiseksi arvioit nykyisen hyvinvointiasi ja jaksamisen asteikolla 0-10. Nolla tarkoittaa, ettei voimavaroja ole jäljellä lainkaan ja kymmenen, että koet olevasi elämäsi parhaissa voimissa. 0 <input type="checkbox"/> 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"/>
Kuinka hyvin koet yleensä palautuvasi työn aiheuttamasta kuormituksesta työpäivän/työvuoroon jälkeen? <input type="checkbox"/> hyvin <input type="checkbox"/> Melko hyvin <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> melko huonosti <input type="checkbox"/> huonosti

Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi taikka hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä. Tunnetko Sinä tällaista stressiä?

en lainkaan vain vähän jonkin verran melko paljon paljon

Uskotko, että terveytesi ja jaksamisesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssäsi 2 vuoden kuluttua?

melko varmasti en ole varma tuskin

Oletko ollut viimeisen kuukauden aikana usein huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta ja/tai toivottomuudesta? en kyllä

Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta ja haluttomuudesta? en kyllä

Viimeisimmät terveystutkimukset	Edellinen terveystarkastus v. _____	Pituus _____ cm Paino _____ kg	Painoindeksi _____ Vyötärö _____ cm	
	Näöntutkimus v. _____	Silmälasit / piilolinssit <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei	Kuurontutkimus v. _____	
	Hampaat hoidettu/tarkistettu v. _____	Gynekologinen tarkastus v. _____	Papa v. _____ Mammografia v. _____	
	Kuinka usein tutkit itse rintasi? <input type="checkbox"/> kuukausittain <input type="checkbox"/> harvemmin			
Rokotukset	Jäykkäkouristus-kurkkumätä (tetanus-difteria) v. _____	A-hepatiitti (Havrix) v. _____	B-hepatiitti (Engerix) v. _____	AB-hepatiitti (Twinrix) v. _____
	Polio v. _____	Muita rokotteita _____ v. _____ (nimi ja vuosi) _____ v. _____		

**Onko sinulla nyt tai aikaisemmin ollut seuraavia oireita, vaivoja tai sairauksia?
Merkitse rastilla oma tilanteesi.**

<input type="checkbox"/> silmätauti, värisokeus	<input type="checkbox"/> huimaus	<input type="checkbox"/> sepelvaltimotauti	<input type="checkbox"/> halvaus
<input type="checkbox"/> korvasairaus/kuulon alenema/meluvamma	<input type="checkbox"/> muistihäiriöt	<input type="checkbox"/> sydänveritulppa	<input type="checkbox"/> suonikohjut
<input type="checkbox"/> usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> epilepsia	<input type="checkbox"/> kohonneita verenpaine-arvoja	<input type="checkbox"/> verenkiertohäiriö
<input type="checkbox"/> migreeni	<input type="checkbox"/> muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/> verenpainetauti	<input type="checkbox"/> pitkäaikainen nuha
<input type="checkbox"/> tajuttomuuskohtaus	<input type="checkbox"/> rintakipu	<input type="checkbox"/> sydämen rytmihäiriöitä	<input type="checkbox"/> pitkäaikainen yskä
<input type="checkbox"/> hengenahdistus	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/> keliakia
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> veritauti	<input type="checkbox"/> masennus	<input type="checkbox"/> muu ruuansulatuselimistön sairaus
<input type="checkbox"/> krooninen keuhkoputkentulehdus	<input type="checkbox"/> nivelreuma, muu reumasairaus	<input type="checkbox"/> muu mielenterveyshäiriö tai -sairaus	<input type="checkbox"/> virtsatietulehdus
<input type="checkbox"/> tuberkuloosi	<input type="checkbox"/> nivelkuluma	<input type="checkbox"/> maha- tai pohjukkais-suolihaava	<input type="checkbox"/> munuaissairaus
<input type="checkbox"/> muu hengityselinten sairaus	<input type="checkbox"/> kihti	<input type="checkbox"/> närästysvaiva ja/tai mahakatarri	<input type="checkbox"/> muu virtsaelinten sairaus
<input type="checkbox"/> allerginen nuha	<input type="checkbox"/> niska-hartiavaiva	<input type="checkbox"/> pitkäaikainen ripuli	<input type="checkbox"/> leikkaus
<input type="checkbox"/> allerginen silmäoire	<input type="checkbox"/> iskias (lanneselkäkipu ja alaraajoihin säteilevä kipu/puutuminen)	<input type="checkbox"/> pitkäaikainen ummetus	<input type="checkbox"/> tapaturma
<input type="checkbox"/> allerginen ihottuma	<input type="checkbox"/> muu selkävaiva	<input type="checkbox"/> peräpukamat	<input type="checkbox"/> ammattitauti
<input type="checkbox"/> ihosairaus	<input type="checkbox"/> muu tuki- ja liikunta-elinsairaus	<input type="checkbox"/> maksa- tai haimasairaus	<input type="checkbox"/> muu sairaus tai oire
<input type="checkbox"/> hyvänlaatuisen kasvain	<input type="checkbox"/> ylipaino	<input type="checkbox"/> sappikivet	_____
<input type="checkbox"/> pahanlaatuisen kasvain, syöpä	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> laktoosi-intoleranssi	

Lisätietoja: Kerro tarkemmin merkitsemistäsi vaivoista/oireista/sairaudesta mm. toteamisvuosi, hoitopaikka ja nykytila.

Yliherkkyydet ja haittavaikutukset	Lääkeaine yliherkkyys Allergiat
Lääkitys	Käytätkö lääkkeitä? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> satunnaisesti; mitä? <input type="checkbox"/> säännöllisesti; mitä? annostus?
Kuntoutus	Oletko ollut kuntoutuksessa (Kelan, Valtiokonttorin tms.)? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä; milloin ja millaisessa? Oletko kiinnostunut kuntoutuksesta? <input type="checkbox"/> olen <input type="checkbox"/> en

SUVUSSA TODETUT SAIRAUDET

Esiintyykö lähisuvussasi seuraavia sairauksia (1 vanhemmat, 2 sisarukset, 3 lapset, 4 isovanhemmat)?

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> aivohalvaus | <input type="checkbox"/> alkoholismi | <input type="checkbox"/> allergia | <input type="checkbox"/> astma |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> kohonnut kolesteroli | <input type="checkbox"/> nivelreuma | <input type="checkbox"/> psyykinen sairaus |
| <input type="checkbox"/> sepelvaltimotauti | <input type="checkbox"/> silmänsairaus | <input type="checkbox"/> syöpä | <input type="checkbox"/> verenpainetauti |
| <input type="checkbox"/> muu, mikä? | | | |

Työterveystarkastuksessa keskustelemme työstäsi, voimavaroistasi ja jaksamisestasi sekä odotuksistasi työterveyshuolloilta. Mistä muusta haluaisit keskustella?

Mitä toiveita ja odotuksia Sinulla on työterveyshuollon suhteen?

Tunnetko tarvetta tavata työterveyslääkäri työfysioterapeutti työterveyspsykologi

Päiväys	Allekirjoitus
---------	---------------