



Esitietolomake

Sosiaali- ja terveyskeskus

HENKILÖ- JA YHTEYS- TIEDOT	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero
	Siviilisäätty <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa / avioliitossa / rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> eronnut / asumusero <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> yli 1 vuosi <input type="checkbox"/> 2-3 vuotta <input type="checkbox"/> 4-5 vuotta <input type="checkbox"/> yli 5 vuotta		
Toimeentuloni koostuu tällä hetkellä			
<input type="checkbox"/> ansiosidonnainen päiväraha / työttömyyspäiväraha <input type="checkbox"/> työmarkkinatuki <input type="checkbox"/> asumistuki <input type="checkbox"/> toimeentulotuki <input type="checkbox"/> ei tuloja <input type="checkbox"/> muu tulo <input type="checkbox"/> sairauspäiväraha / kuntoutustuki			
ELINTAVAT, TERVEYS- TOTTUMUKSET JA TERVEYDEN- TILA	Ravitsemus		
	Syötkö lämpimän aterian päivittäin? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en Käyttämäsi rasvojen laatu (esim. voi, kasvisöljy)		
	Miten paljon käytät maitotaloustuotteita? määrä/vrk _____ Mitä viljavalmisteita käytät? _____		
Noudatanko erikoisruokavaliota? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä/miksi? _____			
Minkälainen on vuorokausirytmisi: Milloin menet yleensä nukkumaan? klo _____ Milloin yleensä heräät aamuisin? klo _____			
Nukutko yösi <input type="checkbox"/> erittäin hyvin <input type="checkbox"/> hyvin <input type="checkbox"/> kohtalaisesti <input type="checkbox"/> huonosti <input type="checkbox"/> erittäin huonosti			

ELINTAVAT,
TERVEYS-
TOTTUMUKSET
JA TERVEYDEN-
TILA

Lepo, liikunta ja harrastukset

Kuinka usein keskimäärin viikon aikana harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan siten, että hengästyit ja hikoiset?

_____ viikossa _____ ei kertaakaan

Millaisia harrastuksia Sinulla on?

Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa?

en olen lopettanut

kyllä nuuskaa _____ savuketta/vrk

Käytätkö alkoholia?

en kyllä

Jos käytät, niin kuinka monta annosta juot kerralla? _____ annosta

Kuinka usein? _____

1 annos = pullo keskiolutta/siideriä, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl viinaa

Käytätkö huumeaineita?

en kyllä olen kokeillut olen lopettanut

Jos käytät, niin mitä? _____

Käytätkö lääkkeitä muuhun kuin sairauden hoitoon?

en kyllä olen kokeillut olen lopettanut

Jos käytät, niin mitä? _____

Tunnetko olevasi riippuvainen jostakin (esim. netti, rahapelit)?

en kyllä, mistä _____

Mieliala

Minkälainen mielialasi on ollut viime aikoina?

Onko sinulla ystäviä, joiden kanssa vietät aikaa?

Minkälaiset perhesuhteet ovat?

Terveydentila ja työkyky

Miten arvioit tämän hetkisen terveydentilasi?

- erittäin hyvä hyvä kohtalainen huono 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 (jossa olet työskennellyt ennen työttömyyttä), tai siinä työssä jota nyt haet vielä kahden vuoden kuluttua?

- melko varmasti en ole varma tuskin

Rokotukset

Ovatko rokotuksesi voimassa (esim. kurkkumätä- ja jäykkäkouristus?)

- kyllä ei 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"/> Ruuansulatuselinten sairaus |
| <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus | <input type="checkbox"/> Aistinelinsairauksia (näkö, kuulo) |
| <input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine | <input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus |
| <input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esimerkiksi 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 | _____ |
| | _____ |

Naisille:

Edellinen gynekologinen tarkastukseni oli (kk / v) _____ / _____

Tutkitko rintasi säännöllisesti?

kyllä en

Mitä lääkkeitä tai luontaislääkkeitä käytät säännöllisesti tai tarvittaessa?

TERVEYS-
PALVELUIDEN
KÄYTTÖ JA
OMAT ODO-
TUKSET

Milloin / minä vuonna olet viimeksi ollut vastaanotolla tai tutkimuksissa?

Lääkäri _____ Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja _____

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?

Mitä muita asioita haluaisit keskustella terveydenhoitajan kanssa?