

HENKILÖTIEDOT	
Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Puhelin työ / oma
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Koulutus	Nykyinen ammatti / työtehtävä
Työnantajan nimi, toimipiste	Lähin esimies
Edellinen terveystarkastus? Missä?	Oletko ollut kuntoutuksessa, milloin ja missä?

TYÖHISTORIA		
Edelliset työsuhteet aikajärjestyksessä	Vuosi	Työnkuva

NYKYINEN TYÖ	
Työsuhteen alkamispäivä:	<input type="checkbox"/> vakinainen <input type="checkbox"/> määräaikainen
Kuvaa lyhyesti nykyistä työtäsi:	
Esiintyykö työssä:	
<input type="checkbox"/> melua	<input type="checkbox"/> tärinää
<input type="checkbox"/> liuotinaineita	<input type="checkbox"/> kemikaaleja
<input type="checkbox"/> tuki- ja liikuntaelinten kuormitusta	<input type="checkbox"/> yötyötä/vuorotyötä
<input type="checkbox"/> pölyä	<input type="checkbox"/> raskasmetalleja
<input type="checkbox"/> henkisiä kuormitustekijöitä	
Käytössä olevat suojaimet:	
Teetkö lisätöitä:	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä:
Millaiseksi koet terveydentilasi tällä hetkellä?	heikko erinomainen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Millaiseksi koet työkykysi tällä hetkellä?	heikko erinomainen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kuinka virkeä olet työpäivän / työvuoron jälkeen?	hyvin uupunut hyvin virkeä 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Miten koet selviytyväsi työssäsi?	huonosti erinomaisesti
Tiedot, taidot ja osaaminen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Työn määrä ja vaatimukset, jaksaminen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Saatko tukea ja palautetta työssäsi?	en lainakaan hyvin paljon 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Omat muutostavoitteeni (työ/elintavat): 1. 2. 3.	Toiveet terveystarkastukselle:

ELINTAVAT			
Ruokavalio / erityisruokavalio:			
Liikunta ja harrastukset:			
Nukkuminen / nukahtamisvaikeudet, katkonainen yöuni tai aamuyön heräily?			
Tupakoitko (tupakka, sähkötupakka)? Käytätkö nuuskaa?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä	Määrä päivässä?	Milloin olet aloittanut?
Käytätkö alkoholia?	<input type="checkbox"/> en lainkaan <input type="checkbox"/> kyllä	Audit pisteet:	
Huumeet:	<input type="checkbox"/> en käytä	<input type="checkbox"/> olen kokeillut <input type="checkbox"/> käytän	mitä aineita? mitä aineita?
TERVEYDENTILA			
Pituus:		Paino:	
Viimeisimmät rokotukset:			
Jäykkäkouristus – kurkkumätä:		Muut, esim. hepatiitti:	
Onko ollut tai onko toistuvasti seuraavia oireita / vaivoja / sairauksia?			
<input type="checkbox"/> Allergia: lääkeaineallergia / heinänuha	<input type="checkbox"/> Kihti	<input type="checkbox"/> Huimaus / tajuttomuus / kouristukset	<input type="checkbox"/> Korvasairaus / huonokuuloisuus
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Silmänsairaus / värisokeus / silmälasit	<input type="checkbox"/> Päänsärky / migreeni	<input type="checkbox"/> Unihäiriö/ uniapnea
<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus / tuberkuloosi	<input type="checkbox"/> Muisti- tai keskittymisvaikeudet	<input type="checkbox"/> Väsymys / energian puute	<input type="checkbox"/> Ärtynisyys / jännittyneisyys / levottomuus
<input type="checkbox"/> Hengenahdistus / pitkäaikainen yskä	<input type="checkbox"/> Väsytys / energian puute	<input type="checkbox"/> Ärtynisyys / jännittyneisyys / levottomuus	<input type="checkbox"/> Alkoholi- / päihdeongelma
<input type="checkbox"/> Ihosairaus / ihottuma	<input type="checkbox"/> Alkoholi- / päihdeongelma	<input type="checkbox"/> Mielenterveyden häiriö	<input type="checkbox"/> Hepatiitti / HIV / muu tartuntatauti
<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten vaiva (niska- selkä-, nivelvaivat)	<input type="checkbox"/> Mielenterveyden häiriö	<input type="checkbox"/> Hepatiitti / HIV / muu tartuntatauti	<input type="checkbox"/> Hammassairauksia
<input type="checkbox"/> Sydän- tai muu verenkiertoelinten sairaus/oire	<input type="checkbox"/> Hepatiitti / HIV / muu tartuntatauti	<input type="checkbox"/> Hammassairauksia	
<input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> Hammassairauksia		
<input type="checkbox"/> Kohonnut verensokeri / diabetes			
<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen toiminnan häiriö			
<input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten vaiva / sairaus (vatsahaava, sappi)			
<input type="checkbox"/> Virtsaelinten vaiva / sairaus			
<input type="checkbox"/> Gynekologiset / urologiset vaivat			
<input type="checkbox"/> Suonikohjut / peräpukamat			
<input type="checkbox"/> Pitkät sairauslomaut (yli 30pvä) viimeisen 2v. aikana			
Leikkaukset:			
Työtapaturmat:			
Todetut työperäiset sairaudet/ ammattitauti:			
Nykylläkäitys:			
Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?			<input type="checkbox"/> olen <input type="checkbox"/> en
Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta. masentuneisuudesta tai toivottomuudesta			<input type="checkbox"/> olen <input type="checkbox"/> en
Sukutausta onko lähisuvussa (vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat) ollut:			
<input type="checkbox"/> Sydän- ja verisuonisairaus	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Syöpä	<input type="checkbox"/> Yliherkkyyshottuma
<input type="checkbox"/> Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Muu sairaus

Vakuutan yllä olevat tiedot oikeiksi ja annan suostumukseni näiden tietojen tallentamiseen Uudenmaan Työterveys Oy:n potilastietojärjestelmään

Pvm

Paikka

Allekirjoitus