



Tähän lomakkeeseen kirjatut tiedot ovat luottamuksellisia ja tarkoitettu Turun Työterveystalon käyttöön.

HENKILÖTIEDOT

SUKUNIMI	ETUNIMET	
HENKILÖTUNNUS	KOTIOSOITE	
PUHELINNUMERO	SÄHKÖPOSTIOSOITE	
SIVILISÄÄTY	ASEVELVOLLISUUS SUORITETTU	PALVELUKELPOISUUSLUOKKA

TYÖSUHDETIEDOT

KOULUTUS	AMMATTINIMIKE	
NYKYINEN TYÖPAIKKA	TYÖSUHTEEN ALKAMISAIKA	
TYÖTEHTÄVÄT		
TYÖSUHDE	<input type="checkbox"/> määräaikainen <input type="checkbox"/> vakituinen	muu: _____
TYÖMUOTO	<input type="checkbox"/> päivätyö <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> etätyö	muu: _____
LISÄKSI	<input type="checkbox"/> sivutyö <input type="checkbox"/> opiskelu	
TYÖAIKA kellonajat ja viikonpäivät		

AIKAISEMMAT TYÖNANTAJAT	TYÖSUHTEEN KESTO KK/VUOSI – KK/VUOSI	TYÖTEHTÄVÄT
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	

TYÖTAPATURMAT	TODETTU AMMATTITAUTI	SAIRAUSSPOISSAOLOT viim. 12 kk aikana

TYÖSSÄ ESIINTYVÄT ALTISTEET JA KUORMITUSTEKIJÄT

<input type="checkbox"/> melu	<input type="checkbox"/> näyttöpäätetyö
<input type="checkbox"/> kuuma	<input type="checkbox"/> työmäärä
<input type="checkbox"/> kylmä	<input type="checkbox"/> stressi
<input type="checkbox"/> veto	<input type="checkbox"/> kiire
<input type="checkbox"/> pöly (kivi, puu, muu)	<input type="checkbox"/> haastavat asiakastilanteet
<input type="checkbox"/> asbesti	<input type="checkbox"/> muu henkinen kuormitus
<input type="checkbox"/> tärinä	<input type="checkbox"/> väkivallan uhka
<input type="checkbox"/> säteily	<input type="checkbox"/> yötyö
<input type="checkbox"/> liuotainaineet / kemikaalit	<input type="checkbox"/> vuorotyö
<input type="checkbox"/> virukset, bakteerit, sienet	<input type="checkbox"/> tapaturmavaara
<input type="checkbox"/> työasennot / ergonomia	<input type="checkbox"/> muu, mikä: _____

SAIRAUDET LÄHISUKULAISILLA

1 = vanhemmat, 2 = sisarukset, 3 = lapset, 4 = isovanhemmat

<input type="checkbox"/> sydän- ja verisuonitaudit	<input type="checkbox"/> kilpirauhasen vajaatoiminta
<input type="checkbox"/> verenpainetauti	<input type="checkbox"/> psoriasis
<input type="checkbox"/> syöpä	<input type="checkbox"/> psyykinen sairaus
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> päihteiden väärinkäyttö
<input type="checkbox"/> astma / allergia	<input type="checkbox"/> muistisairaus
<input type="checkbox"/> reuma	<input type="checkbox"/> muu, mikä: _____

TÄMÄNHETKISET JA AIEMMAT OIREET / SAIRAUDET

<input type="checkbox"/> syöpä, kasvain	<input type="checkbox"/> mahahaava
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> närästys
<input type="checkbox"/> kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/> muu vatsaoire
<input type="checkbox"/> anemia, raudanpuute	<input type="checkbox"/> verta ulosteessa
<input type="checkbox"/> unihäiriö	<input type="checkbox"/> muu suolistosairaus
<input type="checkbox"/> alkoholin / päihteiden väärinkäyttö	<input type="checkbox"/> hepatiitti _____
<input type="checkbox"/> ahdistus / masennus	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> muu mielenterveyshäiriö	<input type="checkbox"/> muu maksasairaus
<input type="checkbox"/> epilepsia, muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/> toistuva virtsatieinfektio
<input type="checkbox"/> migreeni	<input type="checkbox"/> muu virtsasairaus
<input type="checkbox"/> toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> munuaissairaus
<input type="checkbox"/> huimaus	<input type="checkbox"/> eturauhastulehdus
<input type="checkbox"/> silmäsairaus, värisokeus	<input type="checkbox"/> naistentaudit
<input type="checkbox"/> korvasairaus, huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/> selkäkipu tai iskias
<input type="checkbox"/> tuberkuloosi	<input type="checkbox"/> niskahartiavaivoja
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> toistuvaa puutumista
<input type="checkbox"/> muu hengityssairaus	<input type="checkbox"/> nivelvaivat
<input type="checkbox"/> ihottuma / ihosairaus	<input type="checkbox"/> reumasairaus
<input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> vakava tapaturma
<input type="checkbox"/> kohonnut kolesteroli	
<input type="checkbox"/> rytmihäiriötä	
<input type="checkbox"/> rintakipua rasituksessa	
<input type="checkbox"/> muu sydän- tai verisuonitauti	
<input type="checkbox"/> halvaus	
<input type="checkbox"/> suonikohjut	

Lisätiedot sairauksista:

TERVEYDENTILA

NYKYINEN TERVEYDENTILA / TYÖOIREET		
TUKI- JA LIIKUNTAELINOIREET		
SÄÄNNÖLLINEN LÄÄKITYS	TARVITTAESSA KÄYTÖSSÄ OLEVA LÄÄKITYS	MUUT (mm. vitamiinit, lisäravinteet, ehkäisy)
LEIKKAUKSET (vuodet)	ALLERGIAT / YLIHERKKYYS	LÄÄKEAINEALLERGIAT
SYNNYTYKSET (vuodet)	MUUTA	

TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT JA TERVEYSTOTTUMUKSET

TUPAKOINTI	
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä _____ savuketta / pvä, yhteensä _____ vuotta. <input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Lopettanut Lopettamisvuosi _____. Tupakointivuosien määrä _____ vuotta.	
Muut käyttämäsi tupakkatuotteet (mm. nuuska, sähkötupakka, piippu, sikari):	
ALKOHOLI	
<input type="checkbox"/> En käytä <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> Kuukausittain <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Päivittäin	Käytön määrä _____ annosta kerralla. Käytön määrä _____ annosta viikossa. Esim. yksi annos = keskiolutpullo, viini 12cl 6 annosta = viinipullo (0,75l) 13 annosta = Koskenkorvapullo (0,5l)
MUUT PÄIHTEET	
<input type="checkbox"/> En käytä muita päihteitä <input type="checkbox"/> Käytän muita päihteitä Käyttämäni päihteet: _____ <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> Kuukausittain <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Päivittäin	
Muut riippuvuudet:	
RAVITSEMUS	
Syön päivittäin: <input type="checkbox"/> aamupala <input type="checkbox"/> lounas <input type="checkbox"/> välipala <input type="checkbox"/> päivällinen <input type="checkbox"/> iltapala Erityisruokavalio:	
Onko ruokavaliossasi mielestäsi jotain korjattavaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	
Oletko tyytyväinen tämänhetkiseen painoosi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

LIIKUNTA	
<input type="checkbox"/> En harrasta liikuntaa	<input type="checkbox"/> Harrastan liikuntaa, mitä ja kuinka usein?
UNI	
Nukutko mielestäsi hyvin?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
Kuinka monta tuntia keskimäärin nukut?	
ELÄMÄNTILANNE, SOSIAALISET SUHTEET JA MAHDOLLISET YKSITYISELÄMÄN KUORMITUSTEKIJÄT	
RASKAUS	
Olen raskaana:	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
MUU OMASTA TERVEYDESTÄ HUOLEHTIMINEN	
Hammashuolto, silmälääkäri, optikko, gynekologinen tarkastus yms.	

TOIMINTAKYKY	
Kokemus työkyvystä janalla 1-10: 0 = en pysty lainkaan työhön 10 = paras mahdollinen työkyky	_____
Olen viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissani tuntemastani alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta.	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Olen viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissani kokemastani mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta.	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

ROKOTUSTIEDOT	
Jäykkäkouristus-kurkkumätä (tetanus – difteria)	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Milloin:
MPR (Olen sairastanut tuhkarokon, sikotaudin ja vihurirokon tai saanut kaksi MPR-rokotetta)	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Milloin:
Vesirokko (sairastanut tai rokotettu)	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Milloin:
A-hepatiittirokotesarja	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Milloin:
B-hepatiittirokotesarja	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Milloin:
Polio	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Milloin:
Muut rokotteet:	

Terveystarkastukseen osallistuvan henkilön luvalla voidaan terveystarkastuksen yhteydessä tarkistaa sairaushistorian tietoja Kanta-arkistosta: Kyllä Ei

ALLEKIRJOITUS

Esittämäni tiedot ovat totuudenmukaisia enkä ole salannut mitään terveydentilaani koskevaa seikkaa.

Päiväys ja allekirjoitus