

**Terveystilan kartoitus**

(annetut tiedot käsitellään luottamuksellisesti)

**Henkilötiedot**

Nimi \_\_\_\_\_ Entinen sukunimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Koulutus \_\_\_\_\_

Uusi / nykyinen työnantaja \_\_\_\_\_

Osasto / yksikkö \_\_\_\_\_ Aloittamispäivä \_\_\_\_\_

Työtehtävä nykyisessä työssä \_\_\_\_\_

Työsuhde: Vakinainen  Määräaikainen  \_\_\_\_\_ astiAsevelvollisuus / siviilipalvelus suoritettu v. \_\_\_\_\_ lykätty \_\_\_\_\_ vapautettu Siviilisääty: Avoliitossa  Avioliitossa  Eronnut  Leski  Naimaton **Aikaisemmat työnantajat ja työtehtävät**

(täytetään vain työhönsijoitustarkastukseen tullessa) \_\_\_\_\_

Mitä altisteita / kuormitustekijöitätyössäsi on ollut? \_\_\_\_\_

Ammattitaudit, työperäiset sairaudet, oireet  Kyllä  Ei**Määräaikaistarkastukseen tulija täyttää**

Millaisena koet työsi / työsuhteesi / työilmapiiriisi? \_\_\_\_\_

**Onko sinulla nyt tai onko Sinulla aikaisemmin ollut seuraavia sairauksia tai oireita**

|   | Kyllä                    | Ei                       |                                 | Kyllä                    | Ei                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kohonnut verenpaine                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hengitystieinfektioita          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohonnut kolesteroli                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sydän- ja verisuonisairaus                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silmäsairauksia                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selkäoireita                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korvasairauksia                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niska-hartiaoireita                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ihottuma                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Käsi-/jalkaoireita                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergiaa / yliherkkyyttä       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reumasairauksia                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Munuais- / virtsaelinsairauksia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mielenterveysongelma                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kasvaimia                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Päänsärkyä / migreeniä                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kilpirauhassairauksia           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gynekologisia sairauksia        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vatsavaivoja / vatsahaava                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muu sairaus                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suonikohjuja / peräpukamia                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vesirokko                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko sinulle sattunut tapaturmia / työtapaturmia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuhkarokko                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma / keuhkosairaus                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vihurirokko                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Sikotauti                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leikkaukset \_\_\_\_\_

Lääkitys (säännölliset / tarvittavat) \_\_\_\_\_

Lääkeaineallergiat \_\_\_\_\_

**Esiintyykö lähisuvussasi (vanhemmat, sisarukset) seuraavia sairauksia**

|                            | Kyllä                    | Ei                       |                        | Kyllä                    | Ei                       |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sydän- tai aivoveritulppa  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetesta             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohonnutta verenpainetta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astmaa / yliherkkyyttä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korkeita kolesteroliarvoja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psyykkisiä sairauksia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reumasairauksia            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Syöpää                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Terveystiedot**Oma arvio terveydentilastasi Hyvä  Kohtalainen  Huono 

Kuinka monta päivää olet ollut työstä pois terveydentilasi vuoksi viimeisen vuoden aikana?

En lainkaan  Korkeintaan 9 päivää  10 - 24 pv  Yli 25 pv 

Rokotukset Tetanus-d v. \_\_\_\_\_ MPR v. \_\_\_\_\_ Muut rokotukset \_\_\_\_\_

Tupakoitko? En  Kyllä  \_\_\_\_\_ savuketta / pv. Olen tupakoinut \_\_\_\_\_ v. Olen lopettanut v. \_\_\_\_\_Käytätkö alkoholia? En  Kyllä  Kuinka usein? \_\_\_\_\_

Kuinka monta annosta kerrallaan? \_\_\_\_\_ (1 annos = 1 keskiolut = 12 cl viiniä = 4 cl väkeviä)

Käytätkö / oletko käyttänyt huumeita? En  Kyllä 

Liikuntatottumukset/harrastukset \_\_\_\_\_

Ruokavalio \_\_\_\_\_

Nukutko mielestäsi hyvin? Kyllä  En  \_\_\_\_\_ tuntia / yöOnko sinulla silmälasit? Kyllä  Ei Kuulo Normaali  Alentunut **Nykyinen työkykyysi alla olevalla asteikolla**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
          täysin työkyky  
työkyvytön parhaimmillaan**Ennuste työkyvystä kahden vuoden kuluttua**Uskotteko, että terveytenne puolesta pystyisitte työskentelemään nykyisessä ammatissanne **kahden vuoden kuluttua**?Tuskin  En ole varma  Melko varmasti **Vakuutan, että olen vastannut terveydentilaani koskeviin kysymyksiin totuudenmukaisesti**

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_