

TYÖHÖNTULOTARKASTUKSEN ESITIELOMAKE

Kaarinan kaupunki, Terveyspalvelut / Työterveyshuolto

Tervetuloa työhöntulotarkastukseen!				
Tuo tämä lomake täytettynä mukanasi terveystarkastukseen. Tiedot liitetään työterveyshuollon terveystietoihisi. Lomakkeen tietoja käsitellään luottamuksellisesti.				
1. Henkilötiedot	Nimi		Henkilötunnus	
	Ammattikoulutus ja valmistumisvuosi		Ensiapukoulutus	
	Ammatti/työtehtävä		Lasten syntymävuodet	
2. Työsuhteetiedot	Viimeisimmät työsuhteet (yli 6kk)	Työsuhteen ajankohta	Ammatti/työtehtävä	Terveystarkastukset
				<input type="checkbox"/> tehty <input type="checkbox"/> ei tehty
				<input type="checkbox"/> tehty <input type="checkbox"/> ei tehty
				<input type="checkbox"/> tehty <input type="checkbox"/> ei tehty
				<input type="checkbox"/> tehty <input type="checkbox"/> ei tehty
				<input type="checkbox"/> tehty <input type="checkbox"/> ei tehty
	Onko aikaisemmassa työssäsi ollut altistusta <input type="checkbox"/> melulle <input type="checkbox"/> pölylle <input type="checkbox"/> liuotainaineille <input type="checkbox"/> muulle, mille			
	Onko todettu ammattitauti <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä			
	Nykyisen yrityksen/työnantajan nimi/osasto/esimies			
	Onko nykyisessä työssäsi altistumista <input type="checkbox"/> melulle <input type="checkbox"/> pölylle <input type="checkbox"/> liuotainaineille <input type="checkbox"/> muulle, mille			
Viikoittainen työaika tunteina _____ Teetkö <input type="checkbox"/> päivätyötä <input type="checkbox"/> vuorotyötä <input type="checkbox"/> yötyötä				
3. Lähisuvun sairaudet	Onko lähisuvussasi todettu seuraavia sairauksia (1 vanhemmat, 2 sisarukset, 3 lapset, 4 isovanhemmat)			
	<input type="checkbox"/> sokeritauti <input type="checkbox"/> verenpainetauti <input type="checkbox"/> muita sydän- ja verisuonisairauksia <input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus			
	<input type="checkbox"/> astma, yliherkkyys <input type="checkbox"/> nivelreuma <input type="checkbox"/> mielenterveyshäiriöitä <input type="checkbox"/> syöpä, pahanlaatuinen kasvain			
<input type="checkbox"/> muuta, mitä				

<p>4. Terveystäsi koskevia kysymyksiä</p>	<p>Onko sinulla AIKAISEMMIN ollut seuraavia oireita tai sairauksia</p> <p><input type="checkbox"/> sokeritauti <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine <input type="checkbox"/> rintakipu rasituksessa <input type="checkbox"/> muita sydän- ja verisuonisairauksia</p> <p><input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> ihottuma, ihosairaus <input type="checkbox"/> allergia, yliherkkyys <input type="checkbox"/> muu hengityselinsairaus</p> <p><input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> migreeni, toistuva päänsärky <input type="checkbox"/> pitkäaikainen huimaus <input type="checkbox"/> eturauhassairaus</p> <p><input type="checkbox"/> silmäsairaus <input type="checkbox"/> korvasairaus <input type="checkbox"/> nivelreuma <input type="checkbox"/> muu tuki- ja liikuntaelinsairaus</p> <p><input type="checkbox"/> anemia, raudanpuute <input type="checkbox"/> maksasairaus <input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus <input type="checkbox"/> ruuansulatuselinten sairaus</p> <p><input type="checkbox"/> virtsatie-tulehdus <input type="checkbox"/> munuaissairaus <input type="checkbox"/> syöpä, pahanlaatuinen kasvain <input type="checkbox"/> muu pitkäaikainen sairaus</p> <p><input type="checkbox"/> unihäiriöt <input type="checkbox"/> mielenterveyshäiriöt <input type="checkbox"/> päihteiden väärinkäyttö (alkoholi, huumeet ja lääkkeet)</p> <hr/> <p>Leikkaukset/vuosina</p> <hr/> <p>Säännöllinen lääkitys</p> <hr/> <p>Tarvittaessa lääkitys</p> <hr/> <p>Millainen on oma arviosi terveydentilastasi (fyysinen / psyykinen)</p> <p><input type="checkbox"/> erinomainen <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> alentunut</p> <hr/> <p>Milloin viimeksi olet saanut rokotuksia (ota rokotuskortti mukaasi)</p> <p>tetanus-d (jäykkäkouristus) v. _____ muu, mikä _____</p> <p>Viimeisimmät terveystutkimukset</p> <p>mammografia v. _____</p> <p>näöntarkastus v. _____ silmälasit <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä värisokeus <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</p>
<p>5. Terveyskäyttäytymistäsi koskevia kysymyksiä</p>	<p>Tupakoitko / poltatko piippua / käytätkö mälliä tai nuuskaa</p> <p><input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____</p> <p>Paljonko keskimäärin päivässä _____</p> <hr/> <p>Käytätkö alkoholia</p> <p><input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä _____</p> <p>Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.</p> <p>0 <input type="checkbox"/> ei koskaan</p> <p>1 <input type="checkbox"/> noin kerran kuussa tai harvemmin</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2-4 kertaa kuussa</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 2-3 kertaa viikossa</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 4 kertaa viikossa tai useammin</p>

	<p>Kuinka monta <u>annosta</u> alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?</p> <p>(keskiolut pullo = 1 annos, A-olut tuoppi (0,5l) = 2 annosta, viinipullo (0,75l) = 6 annosta, koskenkorvapullo (0,5l) = 13 annosta)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> 1-2 annosta 1 <input type="checkbox"/> 3-4 annosta 2 <input type="checkbox"/> 5-6 annosta 3 <input type="checkbox"/> 7-9 annosta 4 <input type="checkbox"/> 10 tai enemmän</p> <p>Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?</p> <p>0 <input type="checkbox"/> en koskaan 1 <input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran kuussa 2 <input type="checkbox"/> kerran kuussa 3 <input type="checkbox"/> kerran viikossa 4 <input type="checkbox"/> päivittäin tai lähes päivittäin</p> <hr/> <p>Käytätkö huumeita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa</p> <p><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä</p>
	<p>Kuinka monta kertaa viikossa keskimäärin harrastat kunto –tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerralla, siten että hengästyt ja hikoilet</p> <p>Muut harrastukset</p>
	<p>Onko sinulla erityisruokavalio</p> <p><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä</p>
	<p>Kuinka monta tuntia nuket keskimäärin vuorokaudessa _____</p> <p>Oletko tyytyväinen yönesi laatuun <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en</p> <p>Tunnetko itsesi väsyneeksi päivällä <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä</p>
	<p>Koetko tasapainoa elämän eri osa-alueiden välillä (työ / perhe / ystävät / harrastukset / oma jaksaminen)</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en</p>
	<p>Haluatko keskustella työhösi tai terveyteesi liittyvistä asioista, mistä</p>
	<p>Mitä odotuksia sinulla on työterveyshuolloilta</p>

Kiitos vastauksistasi!