

TERVEYSTARKASTUKSEN ESITIELOLOMAKE

Tiedot käsitellään luottamuksellisesti työterveyshuollon henkilöstön kanssa

Etu- ja sukunimi		Henkilötunnus		
Kotiosoite		Puhelinnumero		
Ammatti tai toimi		Koulutus		
Yrityksen nimi		Työpiste / osasto		
Työsuhteen alkamisaika	Esimies			
Altisteet nykyisessä työssä (rastita vaihtoehdot) <input type="checkbox"/> melu <input type="checkbox"/> tärinä <input type="checkbox"/> pöly <input type="checkbox"/> UV-säteily	<input type="checkbox"/> lämpöolot (kuuma/kylmätyö) <input type="checkbox"/> kemikaalit/liuottimet <input type="checkbox"/> biologiset tekijät <input type="checkbox"/> yötyö		<input type="checkbox"/> Väkivallan uhka <input type="checkbox"/> Tapaturmavaara <input type="checkbox"/> Fyysinen kuormitus <input type="checkbox"/> Henkinen kuormitus	
Käytössä olevat suojaimet				
Sairaspoissaolopäivien määrä viimeisen 12 kk ajalta	Työtapaturmat		Onko sinulla todettu ammattitauti <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin v. _____	
Aikaisemmat työsuhteet	Työtehtävä	Kesto v-v	Altisteet (melu, pöly, liuotinaaineet yms.)	Terveystarkastus tehty K/E
Suvun sairaudet (vanhemmilla tai sisaruksilla; mitä on todettu ja kenellä)				
Terveydentila				
Sairaudet ja/tai pitkäaikaisoireet				
Allergiat/yliherkkyydet/lääkeaineallergiat				
Säännöllinen lääkitys				
Suun terveys/hampaiden kunto (milloin viimeksi olet käynyt hammaslääkärissä?)				
Voimassa olevat rokotukset (rokotuskortti) <input type="checkbox"/> MPR kk/v. ____/____	<input type="checkbox"/> Hepatiitti-B v. ____/____		<input type="checkbox"/> Hepatiitti-A v. ____/____	

<input type="checkbox"/> d-tetanus v____/____	<input type="checkbox"/> Hepatiitti-B v.____/____	<input type="checkbox"/> Hepatiitti-A v.____/____
<input type="checkbox"/> IPV v____/____	<input type="checkbox"/> Hepatiitti-B v.____/____	<input type="checkbox"/> TBE v____/____
Oma arvio nykyterveydestä <input type="checkbox"/> Hyvä	<input type="checkbox"/> Kohtalainen	<input type="checkbox"/> Huono
Tarkennatko näkemystäsi, jos vastasit edellä huono tai kohtalainen?		
Terveystottumukset		
Alkoholi – Audit kysely liitteenä	Tupakoin _____ savuketta/vrk Olen tupakoinut _____ vuotta Olen lopettanut _____ vuotta sitten	Käytätkö nuuskaa <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä
		Käytätkö huumeaineita <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä _____
Jos tupakoit, vastaa vielä alla oleviin kysymyksiin Kuinka pian (minuuteissa) herätyäsi poltat ensimmäisen savukkeen? <input type="checkbox"/> alle 6 min. kuluttua <input type="checkbox"/> 6- 30 min. kuluttua <input type="checkbox"/> 31–60 min. kuluttua <input type="checkbox"/> yli 60 min. kuluttua		Kuinka monta savuketta poltat päivittäin (kpl)? <input type="checkbox"/> alle 10 <input type="checkbox"/> 11- 20 <input type="checkbox"/> 21–30 <input type="checkbox"/> yli 30
Ravitsemustottumukset/erityisruokavaliot. Koetko että syöt terveellisesti ja säännöllisesti? Jos et, niin miksi?		
Liikunnalliset harrastukset		
Reipasta liikuntaa yhteensä _____ tuntia viikossa	Hyötyliikuntaa _____ tuntia viikossa	
Rasittavaa liikuntaa yhteensä _____ tuntia viikossa	Lihaskuntoa _____ tuntia viikossa	
Muut harrastukset	Unitottumukset, kuinka monta tuntia nuket keskim. yössä? Koetko unihäiriöitä, minkälaisia?	
Perhetilanne/asuminen/sosiaalinen anamneesi		
Pituus _____ cm Paino _____ kg	Vyötärön ymp.navan kohdalta _____ cm	
Millaiset tekijät elämässäsi lisäävät tai heikentävät hyvinvointiasi?		
Työterveysuunnitelmani: Työ- tai terveystietoni? Tavoitteeni terveyteni tueksi?		
Mistä haluaisit tarkemmin keskustella käynnilläsi?		
Vakuutan antamani tiedot oikeiksi		
Päiväys	Allekirjoitus	