



## TERVEYSKYSELY AIKUISELLE

Haluamme tukea Sinua välittämään itsestäsi ja huolehtimaan terveydestäsi ja hyvinvoinnista. Tässä kyselyssä kysymme Sinulta hyvinvointiin ja elämään liittyviä asioita. Pyydämme Sinua täyttämään tämän lomakkeen ja ottamaan sen mukaasi terveystarkastukseen.

## HENKILÖTIEDOT

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_  
Osoite \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_

## OPISKELU- JA KOULUTUSTIEDOT

Kysymys opiskelijalle: Koetko olevasi oikealla opiskelualalla? \_\_\_\_\_

Onko Sinulla ollut oppimisvaikeuksia? ei \_\_\_ kyllä \_\_\_

Oletko saanut tuki/erityisopetusta? \_\_\_\_\_

Onko sinulla ollut poissaoloja koulusta? \_\_\_\_\_

Aikaisemmat tutkinnot / keskeytyneet koulutukset \_\_\_\_\_

Armeija / siviilipalvelus suoritettu v. \_\_\_\_\_ Vapautettu armeijasta v. \_\_\_\_\_

## VASTAA TÄMÄN OSION KYSYMYKSIIN, JOS OLET TYÖNHAKIJA

Työttömyysturvan / toimeentulon muoto \_\_\_\_\_

Työssäoloaika yhteensä \_\_\_\_\_ Työttömyysaika yhteensä \_\_\_\_\_

Miten arvioit tämän hetkistä työkykyäsi verrattuna siihen työhön, jota tällä hetkellä olet etsimässä?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = täysin työkyvytön, 10 = työkyky parhaimmillaan)

Uskotko, että terveyden puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä ammatissasi tai siinä työssä, jota nyt etsit vielä kahden vuoden kuluttua? melko varmasti \_\_\_ en ole varma \_\_\_ tuskin \_\_\_

Oletko ollut kuntoutuksessa tai kuntoutustutkimuksessa? en \_\_\_ kyllä \_\_\_ missä ja milloin?

## TERVEYDENTILA

Mikä on arvio nykyisestä terveydentilastasi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = huono ja 10 = erinomainen)

Mitkä seikat siihen vaikuttavat? \_\_\_\_\_

Onko Sinulla pitkäaikaissairauksia, mitä? \_\_\_\_\_

Käytkö säännöllisesti kontrollissa tai hoidossa joissakin terveydenhuollon palveluissa? \_\_\_\_\_

Käytätkö reseptilääkkeitä tai muita lääkkeitä, mitä? \_\_\_\_\_

Onko Sinulla lääkeaineallergioita, mitä? \_\_\_\_\_



Onko Sinulle laitettu Tetanus- D (jäykkäkouristusrokote), milloin? \_\_\_\_\_

Milloin viimeksi olet käynyt hammashoidossa? \_\_\_\_\_

Onko sinua vaivannut viimeaikoina?	kyllä	ei
Niska / hartiasseudun vaivat		
Selkävaivat		
Vatsavaivat		
Päänsärky		
Huimaus		
Väsymys		
Iho-ongelmat		
Allergiat		
Jotain muuta?		
Onko vanhemmillasi tai sisaruksillasi?	kyllä	ei
Diabetes		
Sydän/verenkiertosairus		
Mielenterveysongelmia		
Jotain muuta?		

## LIIKUNTA JA HARRASTUKSET

Millainen on mielestäsi fyysinen kuntosi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = huono ja 10 = erinomainen)

Kuinka paljon liikut viikossa? \_\_\_\_\_

Mitä harrastat? \_\_\_\_\_

Miten rentoudut? \_\_\_\_\_

## RUOKAILU JA PAINO

Syötkö: aamupalan \_\_\_\_ lounaan \_\_\_\_ välipalan \_\_\_\_ päivällisen \_\_\_\_ iltapalan \_\_\_\_?

Noudatanko jotakin erityisruokavaliota, mitä? \_\_\_\_\_

Pitäisikö Sinun omasta mielestäsi muuttaa ruokailutottumuksiasi terveellisemmiksi  
(esim. rasvan, suolan, kuidun tai kalsiumin suhteen)?

Miten tyytyväinen olet painoosi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = tyytymätön ja 10 = tyytyväinen)



## PÄIHTEET

Tupakoitko/nuuskaatko? en \_\_\_ kyllä \_\_\_ paljonko? \_\_\_\_\_

Haluatko lopettaa? en \_\_\_ kyllä \_\_\_

Minkä ikäisenä aloitit tupakoinnin/nuuskaamisen? \_\_\_\_\_

Oletko käyttänyt / kokeillut huumeita? en \_\_\_ kyllä \_\_\_

Oletko käyttänyt lääkkeitä tai lääkettä + alkoholia päihtymistarkoituksessa? en \_\_\_ kyllä \_\_\_

## SEKSUAALITERVEYS

Onko Sinulla seksuaalisia vaivoja? \_\_\_\_\_

Onko sinulla seksuaalisuuteen, raskaudenehkäisyyn tai seksitauteihin liittyviä kysymyksiä?

Kyllä \_\_\_ Ei \_\_\_

Mitä? \_\_\_\_\_

## LISÄKYSYMYKSET NAISILLE

Viimeisin gynekologinen tarkastus v. \_\_\_\_\_ Viimeisin PAPA - näyte v. \_\_\_\_\_

Tutkitko rintasi säännöllisesti? kyllä \_\_\_ en \_\_\_

## IHMISUHTEET

Oletko tyytyväinen suhteeseesi omiin vanhempiisi / perheeseesi?

\_\_\_\_\_

Mikäli seurustelet / olet parisuhteessa, oletko siihen tyytyväinen?

\_\_\_\_\_

Oletko tyytyväinen muihin ihmissuhteisiisi?

\_\_\_\_\_

Voitko halutessasi keskustella jonkun läheisesi kanssa avoimesti asioistasi ja ongelmistasi?

\_\_\_\_\_

Koetko olevasi yksinäinen? \_\_\_\_\_

Asioita, joista haluaisit keskustella / kysyä terveystarkastuksen yhteydessä:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**KIITOS VASTAUKSISTA!**