

Terveydentila ja työkyky	Miten arvioit tämän hetkisen terveydentilasi? <input type="checkbox"/> erittäin hyvä <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> huono <input type="checkbox"/> erittäin huono
	Oletko huolissasi jostain terveydentilaasi liittyvästä asiasta?
	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 ja 10=työkyky parhaimmillaan)
	Uskotko, että terveyden puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä ammatissa tai siinä työssä jota nyt haet vielä kahden vuoden kuluttua? <input type="checkbox"/> melko varmasti <input type="checkbox"/> en ole varma <input type="checkbox"/> tuskin
Rokotukset	Ovatko rokotuksesi voimassa (esim. kurkkumätä- jäykkäkouristus)? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> en tiedä

SAIRAUDET JA LAAKITYS

Onko Sinulla ollut tai onko sinulla nyt joku lääkärin toteamista sairauksista tai vammoista?

<input type="checkbox"/> Tapaturmavamma	<input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö	<input type="checkbox"/> Sukuelinten sairaus
<input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus	<input type="checkbox"/> Migreeni, usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Allergia
<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine	<input type="checkbox"/> Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus esimerkiksi astma	<input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus	<input type="checkbox"/> Työstä aiheutuneita sairauksia (altisteet esim. asbesti, meluvamma)
<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mielenterveyden häiriö, masennus	<input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus	<input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä
	<input type="checkbox"/> Aistinelsairauksia (näkö, kuulo)	<input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?

Onko sinulla tällä hetkellä vaivoja, oireita tai epäily jostakin sairaudesta, johon toivoisit selvittelyä?

Onko lähisuvussasi esiintynyt seuraavia sairauksia? allergia, astma diabetes verenpainetauti
 aivohalvaus sydänsairaus syöpä en tiedä muu, mikä?

Mitä lääkkeitä tai luontaislääkkeitä käytät säännöllisesti tai tarvittaessa?

TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ JA OMAT ODOTUKSET

Milloin/ minä vuonna olet viimeksi ollut vastaanotolla tai tutkimuksissa?

Lääkäri/Terveystenhoitaja _____ Hammaslääkäri/ Suuhygienisti _____

Onko Sinulla vakinaista hoitavaa tahoja, mikä _____

Näöntutkimus _____ Kuulontutkimus _____

Oletko ollut sairaalomalalla viimeksi kuluneen 12 kk aikana? en kyllä

Oletko ollut kuntoutuksessa tai kuntoutustutkimuksessa? en kyllä, missä ja milloin?

Onko Sinulla muita asioita joista haluaisit keskustella terveydenhoitajan kanssa?

Päiväys ja allekirjoitus