



ESITIETOLOMAKE

Käynnin syy: _____

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Työstatus: Oletteko?

1. Työssä 2. Sairauslomalla 3. Eläkkeellä 4. Työtön
 5. Kotona 6. Opiskelija 7. muu, mikä? _____

Ammatti _____ **Työnkuvaus** _____

Vastatkaa kysymyksiin rastittamalla sopivin vaihtoehto

Onko teillä jokin lääkärin toteama sairaus?

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------|
| Sydän- ja verisuonisairaudet | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Metabolinen oireyhtymä/diabetes | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Neurologinen sairaus | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Tuki- ja liikuntaelinsairaus | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Hengityselinsairaus | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Migreeni | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Reuma | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Kilpirauhasen sairaus | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Pahanlaatuinen kasvain | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Mielenterveyden häiriö | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Allergia | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Osteoporoosi | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |
| Muu yleissairaus | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | _____ |

Onko teillä viime aikoina esiintynyt seuraavia oireita?

- | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Kuumeilua | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Painonlaskua | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |
| Yleiskunnon laskua | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Rintakipua rasituksessa | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |
| Kipua hengittäessä | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Huimausta | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |
| Jatkuvaa päänsärkyä | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Näköhäiriöt, puolioireet | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |
| Bakteeri-infektio | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Virtsaus- tai ulosteenpidätysvaikeutta | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |
| Raajojen voimattomuutta | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Vatsavaivoja | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |
| Säteilyoiretta ylä- tai alaraajaan | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä | Stressi, masennus tms. | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Kyllä |

Tupakoitteko? En Kyllä **Oletteko raskaana?** En Kyllä

Harrastatteko säännöllisesti liikuntaa? En Kyllä Mitä? _____

Onko teillä säännöllinen lääkitys?

Ei Kyllä

Lääkitys _____

Oletteko ollut osallisena tapaturmassa?

Ei Kyllä

Mikä tapaturma ja milloin? _____

Onko teillä nykyistä kipua/vaivaa ensimmäistä kertaa?

Ei Kyllä

Onko teitä leikattu nykyisen kivun/vaivan vuoksi?

Ei Kyllä

Onko teille tehty rtg-kuvaus tai magneettitutkimus nykyiseen kipuun/vaivaan?

Ei Kyllä

Kauanko nykyinen kipu/vaiva on kestänyt?

alle viikon 1-3 vko n. 1 kk 2-3 kk
yli 3 kk yli 6 kk yli vuoden

Oletteko käyttäneet kipulääkettä nykyisen kipuun/vaivan hoitoon?

En Kyllä

Mikä lääkitys? _____

Kuvailkaa kuinka nykyinen kipu/vaiva alkoi _____

Mitkä tekijät kipeyttävät/aiheuttavat vaivaa eniten? _____

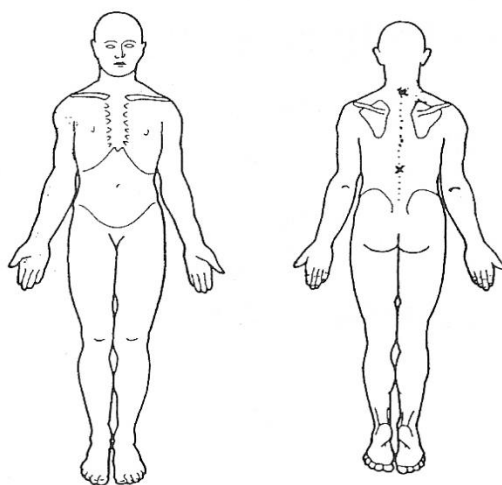
Mitkä tekijät helpottavat kipua/vaivaa? _____

Kuinka voimakasta kipua teillä on esiintynyt keskimäärin viimeisen 7 vuorokauden aikana?

Merkitkää poikkiviiva janalle siihen kohtaan, mikä kuvaa kivun voimakkuutta parhaiten.

ei lainkaan kipua _____ *pahin mahdollinen kipu*

Piirtäkää alla olevaan kuvaan nykyinen kipualue käyttämällä merkkiä //



Päiväys _____ Allekirjoitus _____