



TYÖHÖNSIJOITUSTARKASTUKSEN ESITIELOLOMAKE

Kaikki Sinun terveyteesi liittyvät tiedot ovat luottamuksellisia ja jäävät vain työterveyshenkilöstön käyttöön.

HENKILÖTIEDOT					
Sukunimi		Etunimet			
Henkilötunnus		Osoite			
Kotikunta		Puhelin työ/koti		Sähköposti	
<input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> avioliitossa	<input type="checkbox"/> avioliitossa	<input type="checkbox"/> rekisteröity parisuhde	<input type="checkbox"/> eronnut	<input type="checkbox"/> leski
Asevelvollisuus v.	Palv.kelp.luokka	EA-koulutus:		Vuosi	
Peruskoulutus	perus-/keskikoulu	ylioppilas		ammattikoulu	
Ammattikoulutus	opisto	ammattikorkeakoulu		muu	
TYÖPAIKKATIEDOT					
Nykyinen työpaikka: Yritys/ osasto/ toimipaikka/ esimies				Työsuhde alkanut /alkaa	
Ammatti / työtehtävä				Teetkö lisätöitä / opiskeletko?	
				<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Esiintyykö työssäsi seuraavia kuormitustekijöitä?					
<input type="checkbox"/> melu	<input type="checkbox"/> pöly	<input type="checkbox"/> tärinä	<input type="checkbox"/> liuotinaineet	<input type="checkbox"/> veto	
<input type="checkbox"/> kylmä	<input type="checkbox"/> kuuma	<input type="checkbox"/> säteily	<input type="checkbox"/> yksipuol.työasennot	<input type="checkbox"/> näyttöpäätetyö	
<input type="checkbox"/> seisomatyö	<input type="checkbox"/> nostotyö	<input type="checkbox"/> tapaturmavaara	<input type="checkbox"/> työ henkisesti rasitt.	<input type="checkbox"/> väkivallan uhka	
<input type="checkbox"/> yksin työskentely	<input type="checkbox"/> esimiestyö	<input type="checkbox"/> matkatyö	<input type="checkbox"/> yötyö	<input type="checkbox"/> vuorotyö	
<input type="checkbox"/> muu, mikä?					
Aikaisemmat työnantajat / työalat		Milloin (vuodet)		Terveysriskit työssä (melu, pöly, liuotin, yötyö tms)	
SUVUSSA ESIINTYVÄT SAIRAUDET					
Esiintyykö lähisuvussasi seuraavia sairauksia? Kenellä? (1 vanhemmat, 2 sisarukset, 3 lapset, 4 isovanhemmat)					
<input type="checkbox"/> aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/> alkoholismi	<input type="checkbox"/> allergia	<input type="checkbox"/> astma		
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> kohonnut kolesteroli	<input type="checkbox"/> nivelreuma	<input type="checkbox"/> psyykinen sairaus		
<input type="checkbox"/> sepelvaltimotauti	<input type="checkbox"/> silmänpainetauti	<input type="checkbox"/> syöpä	<input type="checkbox"/> verenpainetauti		
<input type="checkbox"/> muu, mikä?					
TERVEYDENTILA JA TERVEYSTOTTUMUKSET					
Oma arvio nykyterveydestäsi	<input type="checkbox"/> erinomainen	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> kohtalainen	<input type="checkbox"/> huono	
Ravinto	Noudatatko erikoisruokavaliota?		<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> kyllä, mitä?	
Liikunta	Kuinka usein harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerralla siten että hengästyit ja hikoilet? kertaa viikossa. Mitä harrastat?				
Muut vapaa-ajan harrastukset?					
Sosiaalinen tukiverkosto	Onko lähipiirissäsi ihminen, jonka kanssa voit keskustella henkilökohtaisista asioistasi?				<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Tupakointi/nuuskan käyttö	Tupakoitko? Käytätkö nuuskaa?		<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> kyllä	
	Montako savuketta /vrk	Nuuskamäärä:	/vrk		
	Olen tupakoinut/käyttänyt nuuskaa	vuotta	Olen lopettanut v.		

Alkoholi	Kuinka monta alkoholi-annosta käytät keskimäärin viikossa? 1 annos=pullo keskiolutta/siideriä, 12cl viiniä, 8cl väkevää viiniä tai 4cl viinaa					
	en käytä alkoholia	< 2 annosta	3-5 annosta	yli 5 annosta		
Huumeet	Käytätkö huumeita nyt tai oletko käyttänyt aikaisemmin?					
	en	joskus	kyllä, mitä?			
Lääkkeet	Käytätkö lääkkeitä:					
	satunnaisesti, mitä? säännöllisesti, mitä? annostus?					
Lääkeaineallergiat						
Rokotukset			vuonna	vuonna		
	Jäykkäkouristus-kurkkumätä (Tet-D)			B-hepatiitti		
	Polio			A+B-hepatiitti		
	A-hepatiitti			Muu		
Viimeisimmät terveystutkimukset	Näöntutkimus v.	Silmälasit	Piilolinssit			
	Kuulontutkimus v.		Hammaslääkärin tarkastus v.			
	Gynekologin tarkastus v.		Papa v.	Mammografia v.		
	Paino	kg	Pituus	cm	Vyötärön ympäryys	
Sairauspoissaolot	Montako päivää olet ollut sairauden takia poissa töistä viimeisen 12 kuukauden aikana?					
ONKO SINULLA TÄLLÄ HETKELLÄ TAI AIKAISEMMIN OLLUT SEURAAVIA OIREITA TAI SAIRAUKSIA? (rasti ruutuun)						
silmäsairaus		kohonnut verenpaine		allergia / yliherkkyys		munuaissairaus/ muu virtsaelinten sairaus
värisokeus		rytmihäiriöitä sydämessä		hyvänlaatuinen kasvain		diabetes
korvasairaus/meluvamma		rintakipu		pahanlaatuinen kasvain		kilpirauhassairaus
tajuttomuuskohtaus		sepelvaltimosairaus		astma		paino-ongelma
migreeni		sydänveritulppa		tuberkuloosi		nivelreuma
usein toistuva päänsärky		suonikohjut		mahahaava tai muu suolistosairaus		kihti
huimaus		kävelykipuja pohkeessa		närästystä / mahakatarri		niska-/hartiavaiva
epilepsia		muu verenkiertohäiriö		peräpukamat		iskias
halvaus		anemia		maksa- tai haimasairaus		muu selkävaiva
muistihäiriöt		posit. HIV vasta-aineet		sappivaiva, -kivet		vakava tapaturma
muu hermoston sairaus		posit. B- tai C-hepatiitti v.a.		keliakia		todettu ammattitauti
jännitys- tai pelkotilat		allerginen ihottuma		laktoosi-intoleranssi		leikkaukset
masentuneisuus		muu ihottuma		muu ruoansulatuselinsairaus		muu sairaus tai oire, mikä?
mielenterveyshäiriö/sairaus		muu ihosairaus		virtsatietulehduksia		
Lisätietoja , mikäli vastasit johonkin kohtaan "kyllä", kerro toteamisvuosi, hoitopaikka ja taudin/oireen nykytila.						

Vakuutan edellä antamani tiedot oikeiksi.

Päivämäärä _____

Allekirjoitus _____