

## TYÖHÖNTULOTARKASTUKSEN ESITIETOLOMAKE

## HENKILÖTIEDOT JA TYÖ

Sukunimi		Etunimet	
Henkilötunnus		Ammatti/työtehtävä	
Osoite		Puhelinnumero	
Yrityksen nimi		Osasto	Esimies
Varusmiespalvelu v.	Palv.kelp.luokka	Ensiapukoulutus v.	
Aikaisemmat työsuhteet	Työsuhteen kestoaika	Ammatti/työtehtävä	
Onko työssäsi ollut altistusta:	melulle <input type="checkbox"/>	pölylle <input type="checkbox"/>	liuotinaineelle <input type="checkbox"/> muu <input type="checkbox"/> mikä
Onko työssäsi nyt altistusta	melulle <input type="checkbox"/>	pölylle <input type="checkbox"/>	liuotinaineelle <input type="checkbox"/> muu <input type="checkbox"/> mikä
Kuvaile uutta työtehtävääsi:			
Mitä odotat uudelta työltäsi?			
Mistä koet työniloa ja mielekkyyttä työssäsi?			
Mitkä asiat töissä sujuvat hyvin?			
Mikä mahdollisesti haittaa työssä onnistumista?			

## LÄHISUVUN SAIRAUDET

Onko vanhemmillanne tai sisaruksillanne todettu seuraavia sairauksia:

	Ei	Kyllä		Ei	Kyllä
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syöpä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydän- ja verisuonisairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mielenterveyshäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma, yliherkkyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisäselvityksiä:					

## TERVEYS JA ELÄMÄNTAVAT

Montako päivää olet ollut viimeisen vuoden aikana sairauden vuoksi pois työstä?

Onko sinulla nyt tai onko aikaisemmin ollut seuraavia oireita tai sairauksia:

	Ei	Kyllä		Ei	Kyllä
Alkoholin väärinkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migreeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia, raudanpuute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Munuaissairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu suolistosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muut vatsaoireet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia, muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivelreuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eturauhassairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivelvaivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologiset sairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pitkäaikainen huimaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rintakipua rasituksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengityselinsairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selkävaivat/niskavaivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihottuma, ihosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silmäsairaus, värisokeus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ei	Kyllä		Ei	Kyllä
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suonikohjut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keltatauti, maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydän- ja verisuonitaudit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syöpä, pahanlaatuinen kasvain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvasairaus, huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahahaava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielenterveyshäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuki- ja liikuntaelinten vaivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unihäiriöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virtsaelintulehdus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verta ulosteessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yliherkkyys, allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu pitkäaikainen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mikä?		
Käytätkö jotain säännöllistä lääkitystä tai saatko jatkuvaa hoitoa?					
Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>	Jos kyllä, mitä:	
Leikkaukset					
Ammattitaudit, työperäiset sairaudet tai oireet			Tapaturmat työssä tai vapaa-ajalla		
Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?					
Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>		
Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?					
Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>		
Millainen on oma arviosi terveydentilastasi?					
1. huono	<input type="checkbox"/>	2. melko huono	<input type="checkbox"/>	3. kohtalainen	<input type="checkbox"/>
4. hyvä	<input type="checkbox"/>	5. erinomainen	<input type="checkbox"/>		
Milloin viimeksi olet saanut <u>rokotuksia</u> ?					
Tet-D	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	Muu, mikä	<input type="checkbox"/>
<u>Tupakoitko</u> , poltatko piippua, käytätkö nuuskaa tai mälliä? Jos vastaat kyllä, kirjoita mitä käytät.					
En	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>	Mitä	
Paljonko keskimäärin päivässä?					
Aiheuttaako <u>alkoholin</u> käyttö sinulle terveydellisiä, sosiaalisia tai muita ongelmia?					
Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>		
Montako annosta käytät viikossa?					
(1 annos = pullo keskialkua, 12 cl viiniä, yksi ravintola-annos väkevää alkoholia)					
Käytätkö <u>huumeita</u> ?					
Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>	Jos käytät, niin mitä?	
Kuinka usein viikon aikana keskimäärin harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa 15 minuuttia kerrallaan siten, että hengästyt ja hikoilet?					
<u>Nukutko</u> mielestäsi hyvin?					
En	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>		
Koetko tasapainoa elämän eri osa-alueiden välillä (työ/perhe/ystävät/harrastukset)?					
En	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>		
Mitkä asiat yksityiselämässäsi koet rentouttavina ja virkistävinä sekä tuottavat sinulle mielihyvää?					

Haluatko vielä keskustella muista työhösi tai terveyteesi liittyvistä asioista? Mistä?

Mitä odotuksia sinulla on työterveyshuollon toiminnalle suhteessa terveyteesi ja työhyvinvointiisi?

**Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.**

**Päivämäärä**     /     .

---

**Allekirjoitus**