



Terveystarkastuspaikka: _____

Aika: _____

Opiskelijan nimi: _____ **Opiskelupaikka** _____

TERVEYDENTILA:

Miten arvioit terveydentilaasi _____

Sairastatko jotain pitkäaikaissairautta _____

Käytätkö lääkkeitä (resepti tai reseptittä) _____

Onko sinulla ollut viimeisen puolen vuoden aikana toistuvasti:

Hartiaseudun/selänvaivoja _____

Vatsavaivoja _____

Päänsärkyä _____

Väsymystä _____

Unihäiriöitä _____

Heikentynyt kuulo _____

Silmäoireita _____

Pitkittynyt yskä/nuha _____

Iho-oireita _____

Allergiaa _____

Muuta _____

Oletko kokenut olevasi viime aikoina:

Stressaantunut _____

Jännittynyt _____

Ahdistunut _____

Alakuloinen _____

ELÄMÄNTAVAT:

Montako tuntia nukut vuorokaudessa? _____

Montako ateriaa syöt päivässä? _____

Mitä mieltä olet painostasi? _____

Tupakoitko/nuuskaatko? _____

Oletko kokeillut huumeita? (mitä) _____

Minkä verran käytät alkoholia? (audit) _____

IHMISSUHTEET JA HARRASTUKSET:

Onko sinulla ystäviä? _____

Miten rentoudut? _____

Mitä harrastat? _____

OPISKELU:

Miten opiskelusi sujuu? _____

Koetko tarvitsevasi tukea opiskelussa? _____

Elämäsi vaikuttaneita asioita (esim. uusi perheenjäsen, perheen hajoaminen, uusi avio-/avoliitto perheessä, muutto, työttömyys, päihdeongelmat, vakava sairaus, mielenterveysongelmat, väkivalta, koulukiusaaminen jne.)

Asioita, joista haluaisit keskustella terveystarkastuksen yhteydessä? _____
