



HENKILÖTIEDOT

Sukunimi, etunimet		Henkilötunnus	
Kotiosoite		Puhelin	
Opiskelupaikkakunnan osoite		E-Mail	
Oppilaitos		Kotikunta	
Opintosuunta/Luokkatunnus			
Edellinen oppilaitos			
Lähiomainen		Puhelin	

OPISKELU

Koetko olevasi oikeassa oppilaitoksessa/opiskelulinjalla?
Onko sinulla ollut/onko oppimisvaikeuksia?
Aiheuttaako esiintyminen sinulle ongelmia?
Käytkö ansiotyössä opiskelun ohella?
Oletko saanut otteen opiskelusta?

EN	KYLLÄ
EI	KYLLÄ
EI	KYLLÄ
EN	KYLLÄ
EN	KYLLÄ

Mitkä seikat uskot olevan tärkeimmät terveysriskit tulevassa ammatissasi?

IHMISSUHTEET JA HARRASTUKSET

Oletko tyytyväinen suhteeseesi omiin vanhempiisi?
Oletko tyytyväinen seurustelu/parisuhteeseesi?
Voitko halutessasi keskustella jonkun läheisen kanssa avoimesti asioistasi ja ongelmistasi?
Koetko olevasi yksinäinen?
Miten rentoudut/mitä harrastat vapaa-aikana?

TERVEYDENTILA

Aikaisemmat sairaudet

Pitkäaikaiset sairaudet	
Sairaalahoidot ja leikkaukset	

Lääkitys

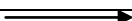
Käyttämäsi reseptilääkkeet	
Reseptittä käytetyt lääkkeet, luontaistuotteet, ravintolisät	
Lääkeaineallergiat	

Rokotukset

Kurkkumätä-jäykkäkouristus	Pvm.	Muuta rokotuksista:
Vesirokko, oletko sairastanut/rokotettu		
MPR		

Nykytila

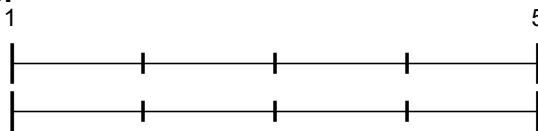
Onko sinua vaivannut viime aikoina?	Kyllä	Ei	Oletko ollut viime aikoina?	En lainkaan	Joskus	Usein
Heikentynyt kuulo			Jännittynyt			
Silmävaivoja/heikentynyt näkö			Stressaantunut			
Hartiaseudun/selän vaivat			Masentunut			
Vatsavaivat			Ahdistunut			
Päänsärky						
Väsymys						
Unihäiriöt			Oletko elämäsi aikana?		Kyllä	Ei
Pitkittynyt yskä tai nuha			Kokenut läheisen kuoleman?			
Iho-ongelma			Ollut mukana vakavassa onnettomuudessa			
Allergia, mille?			Joutunut väkivallan kohteeksi			
Muuta...			Kokenut koulukiusaamista			
...mitä?						



Elämäsi vaikuttaneita tärkeitä asioita/tapahtumia viime aikoina (uusi perheenjäsen, perheen hajoaminen, uusi avio-/avoliitto perheessä, muutto, työttömyys, alkoholiongelmat, perheenjäsenen vakava sairaus, mielenterveysongelmat, perheväkivalta, seurustelusuhte jne?):

OMA ARVIO TERVEYDENTILASTASI

Mikä on arvio nykyisestä terveydentilastasi?
(1 – 5, 1 = huono, 5 = erinomainen)
Millainen on fyysinen kuntosi?



ELÄMÄNTAVAT

Uni (= yöuni)

Montako tuntia nuket (klo: mistä mihin)? _____

Ravitsemus

Kuinka monta ateriaa syöt päivässä? (aamupala, lounas, välipala, päivällinen)	
Noudatatko erityisruokavaliota? Mitä?	
Mitä mieltä olet painostasi?	
Onko painosi muuttunut viime aikoina?	
Hallitsetko syömisestä määrää?	
Pesetkö hampaasi päivittäin?	

Päihteet

	Kyllä	Olen kokeillut	En
Tupakoitko/nuuskaatko?			
Oletko käyttänyt huumeita?			
Oletko käyttänyt lääkkeitä tai lääkkeitä ja alkoholia päihtymistarkoituksessa?			

Kuinka usein juot alkoholia (ns. "saunakaljat" mukaan lukien)? _____

Onko alkoholin käyttösi kuluneen vuoden aikana? Vähentynyt Pysynyt ennallaan Lisääntynyt

Mikä/mitkä muutokset voisivat edistää terveyttäsi ja hyvinvointiasi?

Kuukautisten alkamisikä _____ v

Vuodon kesto _____ vrk

Kierron pituus _____ vrk

Kuukautiskivut

Onko sinua ohjattu tutkimaan rintasi

KYLLÄ	EI
KYLLÄ	EI

Onko sinulla sukuelinvaivoja

Ovatko ehkäisyasiat ajankohtaisia?

KYLLÄ	EI
KYLLÄ	EI

Ehkäisymenetelmäsi /oletko tyytyväinen? _____

Asioita joista haluaisit keskustella terveystarkastuksen yhteydessä?

KIITOS!

Päiväys: _____ / _____ 20 _____

Allekirjoitus: _____