

HENKILO- JA TYÖOLOSUHDETIEDOT	
Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Kotiosoite ja puhelinnumero
Työpaikan nimi	Ammatti / työtehtävä
Osasto ja/tai esimies	Sähköpostiosoite
Asevelvollisuus suoritettu	Palvelukelpoisuusluokka

Aikaisemmat työnantajat	Työsuhteen kesto	Ammatti / työtehtävä
Esiintyykö <b>nykyisessä</b> työssäsi: melua <input type="checkbox"/> pölyä <input type="checkbox"/> liuotainaineita / muita kemiallisia aineita <input type="checkbox"/> tärinää <input type="checkbox"/> biologisia vaaroja <input type="checkbox"/> asbesti <input type="checkbox"/> yötyötä (klo 23-06) <input type="checkbox"/> muu mikä? <input type="checkbox"/>		Onko työssäsi <b>aiemmin</b> esiintynyt melua <input type="checkbox"/> pölyä <input type="checkbox"/> liuotainaineita / muita kemiallisia aineita <input type="checkbox"/> tärinää <input type="checkbox"/> biologisia vaaroja <input type="checkbox"/> asbesti <input type="checkbox"/> yötyötä (klo 23-06) <input type="checkbox"/> muu mikä? <input type="checkbox"/>

LÄHISUVUN SAIRAUDET	
Onko vanhemmillanne, sisaruksillanne tai isovanhemmillanne todettu seuraavia sairauksia:	
Diabetes <input type="checkbox"/>	Syöpä <input type="checkbox"/>
Sydän- ja verisuonisairaudet <input type="checkbox"/>	Mielenterveyshäiriöt <input type="checkbox"/>
Verenpainetauti <input type="checkbox"/>	Astma, yliherkkyys <input type="checkbox"/>

TERVEYDENTILA	
Onko sinulla / onko sinulla aiemmin ollut seuraavia sairauksia tai oireita	
Alkoholin väärinkäyttö <input type="checkbox"/>	Eturauhassairaudet <input type="checkbox"/>
Anemia, raudanpuute <input type="checkbox"/>	Gynekologiset sairaudet <input type="checkbox"/>
Astma, muu hengityselinten sairaus <input type="checkbox"/>	Halvaus <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Ihottuma, ihosairaus <input type="checkbox"/>
Epilepsia, muu hermoston sairaus <input type="checkbox"/>	Migreeni <input type="checkbox"/>
Munuaissairaus <input type="checkbox"/>	Mielenterveyshäiriöt <input type="checkbox"/>
Nivelreuma <input type="checkbox"/>	Unihäiriöt <input type="checkbox"/>
Nivelvaivat <input type="checkbox"/>	Verta ulosteessa <input type="checkbox"/>

Pitkäaikainen huimaus	<input type="checkbox"/>	Suonikohjut	<input type="checkbox"/>
Rintakipua rasiuksessa	<input type="checkbox"/>	Sydän- ja verisuonitaudit	<input type="checkbox"/>
Selkävaivat / niskavaivat / muut tuki- ja liikunta- elin vaivat	<input type="checkbox"/>	Syöpä, pahanlaatuinen kasvain	<input type="checkbox"/>
Silmäsairaus, värisokeus	<input type="checkbox"/>	Toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>
Suolistosairaus	<input type="checkbox"/>	Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/>
Muut vatsaoireet	<input type="checkbox"/>	Virtsaelintulehdus	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhasen sairaus	<input type="checkbox"/>	Yliherkkyys, allergia	<input type="checkbox"/>
Maksasairaus	<input type="checkbox"/>	Muu pitkäaikainen sairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	Lääkitykset:	
Korvasairaus, huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/>	Leikkaukset:	
Mahahaava	<input type="checkbox"/>	Tapaturmat:	
Rokotukset (milloin sinua on viimeksi rokotettu)			
Jäykkäkouristus-kurkkumätä (tet-d)		Muu rokote, mikä?	
Millaiseksi arvioit terveydentilasi tällä hetkellä?			
Huono <input type="checkbox"/>	Melko huono <input type="checkbox"/>	Kohtalainen <input type="checkbox"/>	Hyvä <input type="checkbox"/> Erinomainen <input type="checkbox"/>
Tupakoitko, tai käytätkö muita tupakkatuotteita? Mitä?			
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Kuinka paljon päivässä?	
Käytätkö alkoholia?			
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Kuinka monta annosta keskimäärin käytät viikossa?	
Käytätkö huumeita? Oletko kokeillut?			
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Jos vastasit kyllä, mitä?	
Harrastatko liikuntaa?			
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Kuinka usein viikon aikana? Mitä harrastat?	
Nukutko mielestäsi hyvin ja riittävästi?			
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>		
Koetko, että elämäsi on tasapainossa työn ja vapaa-ajan suhteen?			
Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	Jos vastasit ei, miksi?	
Haluatko keskustella jostain muusta työhösi tai terveyteesi liittyvistä asioista?			

Päivämäärä ja allekirjoitus

---