



Päiväys: ____ . ____ 20____

Työttömän terveystarkastuksen esitietolomake

Antamanne tiedot ovat luottamuksellisia ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tämä kysely toimii keskustelun pohjana terveystarkastuksessa.

HENKILÖTIEDOT

NIMI _____ HENKILÖTUNNUS _____

LÄHIOSOITE _____

PUHELINNUMERO _____ SÄHKÖPOSTIOSOITE _____

MIHIN ASIOIHIN HALUAISIT KESKITTYÄ TYÖTTÖMÄN TERVEYSTARKASTUKSESSA?

Oletko saanut TE-toimistosta lähetteen työttömän terveystarkastukseen? Kyllä En

Kuinka kauan olet ollut työttömänä? Alle 6 kk 6–12 kk Yli 1 vuosi Yli 5 vuotta

KOKEMUS TYÖKYVYSTÄ

Millaiseksi koet terveydentilasi tällä hetkellä työllistymisen suhteen?

Hyväksi Kohtalaiseksi Huonoksi

Oletetaan, että työkykysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi? Ympyröi lähinnä oleva vaihtoehto.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = en pysty lainkaan työhön)

(10 = työkykyni on parhaimmillaan)

Uskotko, että olet työkykyinen kahden vuoden kuluttua? Melko varmasti En ole varma Tuskin



KOULUTUS, AMMATTI, TOIMEENTULO

KOULUTUS

- Kansakoulu / peruskoulu
- Ammatillinen koulutus
- Lukio / ylioppilas
- Korkea-asteen koulutus
- Muu koulutus tai kurssi, mikä? _____
- Keskeytynyt / keskeytyneet koulutukset: _____

ASEVELVOLLISUUS

- Suoritettu
- Suorittamatta
- Lykkäys
- Vapautettu
- Ei koske minua

Ammattitutkinto _____

Työhistoria _____

Tämänhetkiseen työttömyyteen vaikuttaneita tekijöitä

Toimeentuloni koostuu tällä hetkellä:

- työmarkkinatuki
- ansiosidonnainen päiväraha/ työttömyyspäiväraha
- asumistuki
- muu tulo _____
- toimeentulotuki
- sairauspäiväraha/ kuntoutustuki
- vammaistuki
- ei tuloja

TERVEYDENTILA JA LÄÄKITYS

Onko sinulla ollut tai onko sinulla nyt jokin näistä sairauksista, vammoista tai oireista?

- Allergia
- Diabetes
- Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriöitä
- Hengityselinten sairaus
- Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä
- Ihottuma / ihosairaus
- Migreeni / usein toistuva päänsärky
- Mielenterveydenhäiriö
- Leikkauksia tai muita toimenpiteitä
- Työstä aiheutuneita sairauksia _____
- Aistielinsairauksia (näkö / kuulo) _____
- Muu pitkäaikainen sairaus tai vamma _____
- Ruoansulatuselinten sairaus
- Sydän- ja verenkiertohäiriöt (korkea verenpaine / kolesteroli)
- Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus
- Tapaturmavamma
- Tuki- ja liikuntaelinsairaus (esim. selkä-/nivelkivut)

Mitä lääkkeitä tai luontaistuotteita käytät?



Oletko käynyt viimeisen kahden vuoden aikana hammaslääkärillä tai suuhygienistillä?

Kyllä Ei

Onko lähisuvussasi esiintynyt seuraavia sairauksia?

Diabetes

Muistisairaus

Mielen terveydenhäiriöt

Sydän- ja verisuonisairaudet (esim. verenpaine-
/sepelvaltimotauti, sydän-/aivoinfarkti)

Syöpä _____

En tiedä

KOKEMUS TERVEYDENTILASTA JA HYVINVOINNISTA

Millaiseksi koet tällä hetkellä mielialasi? _____

Mitkä ovat kolme hyvää asiaa elämässäsi? _____

Kuinka tyytyväinen olet:

- arkielämääsi (esim. asuminen, raha-asiat)
- ihmissuhteisiisi
- elintapoihisi

tyytyväinen

kohtalaisen
tyytyväinen

tyytymätön

Kenen kanssa asut? Onko sinulla alaikäisiä lapsia?

Millaiset sosiaaliset suhteet sinulla on?

Oletko kokenut ihmissuhteissasi väkivaltaa (henkistä, fyysistä, seksuaalista, taloudellista, digitaalista, uskonnollista)?

En Kyllä, milloin? _____

RAVITSEMUS

Mitkä näistä kuuluvat ruokavalioosi?

Aamiainen Lounas Päivällinen Välipala Iltapala

Noudatatko erikoisruokavaliota?

En Kyllä. Millaista? _____

Käytätkö ruokavaliossasi:	päivittäin	4-6pv /vko	1-3pv /vko	harvemmin
<input type="radio"/> kasviksia, hedelmiä, marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> kalaa/ kalaruokia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> kasviöljyjä ja/tai -margariineja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> energiajuomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIIKUNTA, HARRASTUKSET JA NUKKUMINEN

Kuinka usein harrastat liikuntaa? _____

Ovatko liikuntatottumuksesi muuttuneet viimeisen vuoden aikana?

Liikunnan määrä on lisääntynyt Liikunnan määrä ei ole muuttunut Liikunnan määrä on vähentynyt

Millaisia muita harrastuksia sinulla on? _____

Kuinka monta tuntia yössä nuket keskimäärin? _____ h/yö

	En	Joskus	Kyllä
Oletko kärsinyt univaikeuksista kuluneen vuoden aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koetko nukkuvasi riittävästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnetko itsesi väsyneeksi päiväsaikaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PÄIHTEET JA RIIPPUVUUDET

Tupakoitko, käytätkö nuuskaa tai muita nikotiinituotteita?

En Olen lopettanut, milloin? _____

Kyllä. Mitä ja kuinka paljon/usein? _____

Käytätkö alkoholia? En Satunnaisesti Viikoittain Päivittäin

Käytätkö lääkkeitä muuhun kuin sairauden hoitoon? En Kyllä, mitä? _____

Käytätkö huumaavia aineita? En Kyllä, mitä? _____

Onko sinulla riippuvuuksia, jotka rajoittavat arkielämäsi (esim. netti, rahapelit)?

Ei Kyllä, mitä? _____

SOSIAALIOHJAUKSEN TARVE

Koetko tarvitsevasi tukea taloudellisten asioiden ja/tai arjen haasteiden hoitamiseen? Kyllä En