

KYSELYLOMAKE OPISKELIJAN TERVEYSTARKASTUKSEEN

Antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön.

HENKILÖTIEDOT

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Postinumero ja -toimipaikka: _____

Puhelinnumero: _____ Kotikunta: _____

Sähköposti: _____

Oppilaitos: _____ Ryhmätunnus: _____

Mistä koulusta tulet? _____

Lähiomainen (nimi ja puh.nro.) _____

Perheesi: _____

TERVEYDENTILASI

Sairaudet, vammat ja leikkaukset

Allergiat ja yliherkkyydet

Säännöllisesti tai usein käyttämäsi lääkkeet

Milloin olet viimeksi saanut dT- ja MPR-rokotukset?

dT (jäykkäkouristus-kurkkumätä) _____

MPR (vihurirokko-sikotauti-tuhkarokko) _____

Milloin olet viimeksi käynyt hammashuollossa?

SÄÄNNÖLLISESTI TAI USEIN ESIINTYVIÄ OIREITA

	Kyllä	Ei
Päänsärky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vatsakipu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niska-hartiaseudun oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Univaikeuksia tai väsymystä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jännittyneisyyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahdistuneisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alakuloisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muita oireita tai vaivoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Millaisia? _____

Millaiseksi koet terveydentilasi?

MIELIALA

Merkitse viivalle parhaiten tuntemustasi kuvaavaan kohtaan rasti viimeisen kuukauden ajalta:

_____	_____	_____
iloinen	en osaa sanoa	surullinen
_____	_____	_____
rauhallinen	en osaa sanoa	ahdistunut
_____	_____	_____
tyytyväinen itseeni	en osaa sanoa	tyytymätön itseeni

TERVEYSTOTTUMUKSESI

Ravitsemus

Syötkö lämpimän aterian päivittäin? _____

Tavallisin ruokajuomasi on _____

Noudatanko erityisruokavaliota? _____

Elämäntavat

Harrastatko liikunta ja kuinka usein? _____

Miten vietät vapaa-aikasi ja rentoudut? _____

Aiheuttaako internetin käyttö ongelmia opiskelussasi/ ihmissuhteissasi tai vuorokausirytmissäsi?

Unen määrä arkisin _____ tuntia/yö viikonloppuisin _____ tuntia/yö

Päihteet

Tupakoitko/nuuskaatko nykyisin? Kyllä En Paljonko? _____ / päivä

Kuinka kauan olet polttanut? _____ v.

Oletko käyttänyt/kokeillut huumeita? Kyllä En

Käytätkö alkoholia? Kyllä En

Kuinka usein juot alkoholia? _____

SEKSUAALITERVEYS

Seurusteletko? _____

Onko sinulla ehkäisyn tarvetta? _____

Oletko koskaan kokenut seksuaalista häirintää (epäasiallinen huutelu, koskettelu, painostus tai väkivalta)

Lisäkysymykset naisille:

Kuukautiskierron pituus? _____ vuotopäivien määrä? _____

Onko sinulla kuukautiskipuja, vuotohäiriöitä tai muuta poikkeavaa kuukautiskierrossasi?

Allekirjoitus, paikka ja päivämäärä