



**Tervetuloa työhöntulotarkastukseen!**

Tuo tämä lomake täytettynä mukanasi terveystarkastukseen. Tiedot liitetään työterveyshuollon terveystietoihisi. Lomakkeen tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

1. Henkilötiedot	Nimi		Henkilötunnus	
	Ammattikoulutus ja valmistumisvuosi		Kotiosoite	
	Ammatti / työtehtävä			
2. Työsuhtetiedot	Viimeisimmät työsuhteet (yli 6 kk)	Työsuhteen ajankohta	Ammatti / työtehtävä	Terveystarkastukset
				<input type="checkbox"/> Tehty <input type="checkbox"/> Ei tehty
				<input type="checkbox"/> Tehty <input type="checkbox"/> Ei tehty
				<input type="checkbox"/> Tehty <input type="checkbox"/> Ei tehty
				<input type="checkbox"/> Tehty <input type="checkbox"/> Ei tehty
				<input type="checkbox"/> Tehty <input type="checkbox"/> Ei tehty
				<input type="checkbox"/> Tehty <input type="checkbox"/> Ei tehty
Onko aikaisemmassa työssäsi ollut altistusta <input type="checkbox"/> Melulle <input type="checkbox"/> Pölylle <input type="checkbox"/> Liuotainaineille <input type="checkbox"/> Vuorotyölle <input type="checkbox"/> Muulle, mille?				
Onko todettu ammattitauti <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä				
Nykyisen yrityksen/työnantajan nimi/osasto/esimies			Teettekö lisätöitä? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä	
3. Lähisuvun sairaudet	Onko lähisuvussanne todettu seuraavia sairauksia (vanhemmat, sisarukset, lapset, isovanhemmat) <input type="checkbox"/> Sokeritauti <input type="checkbox"/> Verenpainetauti <input type="checkbox"/> Muita sydän- ja verisuonisairauksia <input type="checkbox"/> Kilpirauhassairaus <input type="checkbox"/> Astma, yliherkkyys, allergia <input type="checkbox"/> Nivelreuma <input type="checkbox"/> Mielenterveyshäiriöitä <input type="checkbox"/> Syöpä, pahanlaatuinen kasvain <input type="checkbox"/> Alkoholismi <input type="checkbox"/> Viherkaihi <input type="checkbox"/> Muuta, mitä			
4. Oma arvio	Millainen on oma arviosi terveydentilastasi (fyysinen / psyykinen) <input type="checkbox"/> Erinomainen <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Alentunut			

5. Terveyttä koskevia kysymyksiä	Onko teillä AIKAISEMMIN ollut seuraavia oireita tai sairauksia <input type="checkbox"/> Sokeritauti <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine <input type="checkbox"/> Rintakipu rasituksessa <input type="checkbox"/> Muita sydän- ja verisuonisairauksia <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Ihottuma, ihosairaus <input type="checkbox"/> Allergia, yliherkkyys <input type="checkbox"/> Muu hengityselinsairaus <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Migreeni, toistuva päänsärky <input type="checkbox"/> Pitkäaikainen huimaus <input type="checkbox"/> Eturauhassairaus <input type="checkbox"/> Silmänsairaus <input type="checkbox"/> Korvasairaus <input type="checkbox"/> Reuma, nivelreuma <input type="checkbox"/> Muu tuki- ja liikuntaelinsairaus <input type="checkbox"/> Anemia, raudanpuute <input type="checkbox"/> Maksasairaus <input type="checkbox"/> Kilpirauhassairaus <input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus <input type="checkbox"/> Virtsatietulehdus <input type="checkbox"/> Munuaissairaus <input type="checkbox"/> Syöpä, pahanlaatuinen kasvain <input type="checkbox"/> Muu pitkäaikainen sairaus <input type="checkbox"/> Unihäiriöt <input type="checkbox"/> Mielenterveyshäiriöt <input type="checkbox"/> Päihteiden väärinkäyttö (alkoholi, huumeet ja lääkkeet) <input type="checkbox"/> Muu leikkaus <input type="checkbox"/> Vakava tapaturma <input type="checkbox"/> Sepelvaltimotauti <input type="checkbox"/> Hyvänlaatuinen kasvain <input type="checkbox"/> Kihti <input type="checkbox"/> Keuhkokuume <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi	
	Lisätietoja: jos vastasit johonkin kohtaan kyllä	
	Säännöllinen lääkitys	Tarvittaessa lääkitys
	Onko teillä lääkeaineyliherkkyttä, mille lääkeaineille	
	Viimeisimmät rokotukset (ota rokotuskortti mukaasi)	
	Tetanus-d (jäykkäkouristus) v. _____ muu, mikä _____	
Viimeisimmät terveystutkimukset		
Mammografia v. _____ Keuhkokuva v. _____		
Näöntarkastus v. _____ Silmälasit <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Värisokeus <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
6. Terveyskäyttämistä koskevia kysymyksiä	Tupakoitanko / poltatko piippua / käytätkö nuuskaa tai sähkötupakkaa <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä Paljonko keskimäärin päivässä _____	
	Käytätkö alkoholia <input type="checkbox"/> En käytä <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Viikottain <input type="checkbox"/> Kuukausittain <input type="checkbox"/> Erittäin harvoin	
	Käytätkö huumeita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä _____	
Harrastatko liikuntaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä (mitä ja kuinka usein) Muut harrastukset _____		
Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin vuorokaudessa _____ Oletteko tyytyväinen yöunesi laatuun <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En Tunnetko itsenne väsyneeksi päivällä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En		Onko sinulla erityisruokavalio <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä _____
7. Allekirjoitus	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi  Päiväys _____ Allekirjoitus _____	