



Opiskeluterveydenhuolto

**Täytä lomake huolellisesti!**

Terveydenhoitaja tarvitsee ajantasaisista tiedoista terveydentilastasi ja terveystottumuksistasi terveystarkastustasi varten. Tiedot ovat luottamuksellisia.

Antamasi tiedot ovat osa Turun kaupungin terveystoimen henkilörekisteriä kuten muutkin tietosi. Tietoja käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyen. Tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain luvallasi. Sinulla on mahdollisuus tarkistaa rekisteriin talletetut tietosi.

Pakolliset kentät on merkitty tähdellä (\*).

Jos haluat tekstiviestipalvelun, kännykkänumero on pakollinen (\*\*).

HENKILÖ- TIEDOT	*Sukunimi	*Etunimet	*Henkilötunnus
	*Lähiosoite		Kotikunta
	*Postinumero, *postitoimipaikka		Lankaliittymän numero
	**Kännykkänumero		*Haluan tekstiviestipalvelun
	(Huom! Tekstiviestiä koskeva suostumus tarvitaan, jotta terveydenhoitaja voi lähettää sinulle tekstiviestejä ajanvaraukseen liittyen. Tekstiviestipalvelusta ei aiheudu sinulle ylimääräisiä kuluja.)		
	E-mail		
	Oppilaitos		
*TAMK Koulutusala, *koulutusohjelma ja *ryhmätunnus			
TAUSTATIE- DOT	Onko terveydentilasi tällä hetkellä mielestäsi Hyvä <input type="checkbox"/> Keskinkertainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/>		
	Onko sinulla jokin pitkäaikaissairaus? (sydäntauti, verenpainetauti, astma, diabetes, syöpä, migreeni, reuma, päihdeongelma, mielenterveysongelma, muu, mikä?)		
	Sairaalahoito ja leikkaukset		
	Tällä hetkellä käyttämäsi reseptilääkkeet		
	Tällä hetkellä ilman reseptiä käyttämäsi lääkkeet, luontaistuotteet, ravintolisät		
	Allergiat		
	Milloin viimeksi olet käynyt hammashoidossa (vuosi)?		
	Onko lähisukulaisellasi jokin pitkäaikaissairaus? (sydäntauti, verenpainetauti, astma, diabetes, syöpä, migreeni, reuma, päihdeongelma, mielenterveysongelma, muu, mikä?)		

ROKOTUK- SET	Tetanus-D (jäykkäkouristus-kurkkumätä) päivä, kuukausi ja vuosi (pp.kk.vvvv)	
	Polio, päivä, kuukausi ja vuosi (pp.kk.vvvv)	
	MPR (tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko) päivä, kuukausi ja vuosi (pp.kk.vvvv)	
	Hepatiitti A (2 annosta) päivä, kuukausi ja vuosi (pp.kk.vvvv)	(pp.kk.vvvv)
	Hepatiitti B (3 annosta) päivä, kuukausi ja vuosi (pp.kk.vvvv)	(pp.kk.vvvv) (pp.kk.vvvv)
	Hepatiitti A+B (3 annosta) päivä, kuukausi ja vuosi (pp.kk.vvvv)	(pp.kk.vvvv) (pp.kk.vvvv)
	Oletko sairastanut vesirokon? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> En osaa sanoa <input type="checkbox"/>	
	Armeija/siviilipalvelus vuonna Saanut lykkäystä <input type="checkbox"/> Vapautettu <input type="checkbox"/>	
MAHDOL- LISET TERVEYS- ONGELMAT / OIREET	Rastita seuraavista väittämistä vain ne, jotka kuvaavat itseäsi ja/tai joista olet huolissasi:	
	1. Minulla on toistuvia arkielämää haittaavia fyysisiä oireita tai vaivoja	Kyllä <input type="checkbox"/>
	Jos on, niin minkälaisia? _____	
	2. Minulla on toistuvia univaikeuksia	Kyllä <input type="checkbox"/>
	3. Suhtautumiseni ruokaan ja syömiseen on epänormaalia	Kyllä <input type="checkbox"/>
	4. Olen toistuvasti alakuloinen ja masentunut	Kyllä <input type="checkbox"/>
	5. Minulla on arkielämää haittaavia itsetunto-ongelmia	Kyllä <input type="checkbox"/>
	6. Tulen erityisen helposti ahdistuneeksi, jännittyneeksi ja stressaantuneeksi	Kyllä <input type="checkbox"/>
	7. Minulla on vaikeuksia ihmissuhteissa (esim. uusiin ihmisiin tutustuminen, perhe- tai parisuhdeongelmia)	Kyllä <input type="checkbox"/>
8. Esiintyminen, esim. esitelmien pito, aiheuttaa minulle suuria ongelmia	Kyllä <input type="checkbox"/>	
RAVITSE- MUS	Kuinka usein syöt lämpimän aterian? Päivittäin <input type="checkbox"/> Harvemmin <input type="checkbox"/>	
	Tavallisin ruokajuomasi? Maito tai piimä <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/>	
	Noudatanko jotakin erityisruokavaliota Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Jos noudatat, minkälaisia?
	Pituus cm	Paino kg
	Vyötärön ympärykseni on:	
	Naiset: 88 cm tai alle <input type="checkbox"/>	yli 88 cm <input type="checkbox"/>
Miehet: 102 cm tai alle <input type="checkbox"/>	yli 102 cm <input type="checkbox"/>	
LIIKUNTA	Minkälainen on fyysinen kuntosi? Hyvä <input type="checkbox"/> Keskinkertainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/>	
	Liikutko lähes päivittäin (hyötyliikunta mukaan lukien)? 30 min <input type="checkbox"/> Enemmän <input type="checkbox"/> Vähemmän <input type="checkbox"/>	
TUPAKOINTI	Tupakoitko/nuuskaatko nykyisin? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
	Päivittäinen savukemäärä: Alle 10 savuketta <input type="checkbox"/> 10 savuketta tai enemmän <input type="checkbox"/>	

ALKOHO-LINKÄYTTÖ	Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia? Ei koskaan <input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran kuussa <input type="checkbox"/> Kerran kuussa <input type="checkbox"/> Kerran viikossa <input type="checkbox"/> Päivittäin tai lähes päivittäin <input type="checkbox"/>	Tarkennus: Yksi alkoholiannos on pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä, lasi (12 cl) mietoa viiniä, pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä, ravintola-annos (4 cl) väkeviä
HUUMEET	Oletko kokeillut huumeita useammin kuin kaksi kertaa? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
	Käytätkö huumeita? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, satunnaisesti <input type="checkbox"/> Kyllä, säännöllisesti <input type="checkbox"/> Olen käyttänyt, mutta lopettanut käytön <input type="checkbox"/>	
SEKSUAALI-TERVEYS	Tarvitsetko raskauden ehkäisyä nykyisin? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ehkäisymenetelmäsi? Onko seksikäyttätymisesi sellaista, että sinun pitäisi olla huolissasi sukupuolitaudeista? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Onko sinulla yhdyntäkipuja tai yhdyntään liittyviä ongelmia? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
<b>Lisäkysymyksiä miehille:</b>	Onko sinulla muita sukupuolielimiin liittyviä vaivoja (eturauhasen ongelmia, ahdas esinahka tms.)? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
<b>Lisäkysymyksiä naisille:</b>	Kuinka pitkä on kuukautiskiertosi? _____ vrk Osaatko tutkia rintasi? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Onko sinulla kuukautiskipuja, kuukautisiin liittyviä ongelmia tai muita gynekologisia vaivoja? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Viimeisin gynekologinen tarkastus vuonna _____ Viimeisin PAPA-näyte vuonna _____ Raskaudet/synnytykset (myös keskenmenot ja keskeytykset) vuosina _____	
SOSIAALISET SUHTEET	Voitko halutessasi keskustella avoimesti jonkun kanssa asioistasi ja ongelmistasi? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Koetko olevasi yksinäinen? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
OPISKELU	Oletko haluamallasi opiskelualalla? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Onko sinulla/onko sinulla ollut oppimisvaikeuksia (esim. lukihäiriö)? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
AJAN KÄYTTÖ	Aiotko käydä ansiotyössä opiskelun ohella lukukaiden aikana? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jääkö sinulle riittävästi aikaa rentoutumiseen ja harrastuksiin? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Mikä/mitkä muutokset voisivat edistää terveyttäsi ja hyvinvointiasi? Asioita, joista haluaisit keskustella/kysyä terveystarkastuksen yhteydessä	
	Aika _____ Allekirjoitus _____ ____/____ 20____ <b>Kiitos lomakkeen täyttämisestä!</b>	