

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 työllisyyspalveluista lähetteen työttömän terveystarkastukseen? ☐ Kyllä ☐ EnKuinka 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 | ☐ toimeentulotuki |
| ☐ ansiosidonnainen päiväraha/ työttömyyspäiväraha | ☐ sairauspäiväraha/ kuntoutustuki |
| ☐ asumistuki | ☐ vammaistuki |
| ☐ muu tulo _____ | ☐ ei tuloja |

TERVEYDENTILA JA LÄÄKITYS

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Allergia | ☐ Ruoansulatuselinten sairaus |
| ☐ Diabetes | ☐ Sydän- ja verenkiertohäiriöt (korkea verenpaine / kolesteroli) |
| ☐ Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriöitä | ☐ Neuropsykiatrinen häiriö |
| ☐ Hengityselinten sairaus | ☐ Muistiin liittyvä sairaus |
| ☐ Huimausta, tasapainohäiriöitä tai pyörtymistä | ☐ Tapaturmavamma |
| ☐ Ihottuma / ihosairaus | ☐ Tuki- ja liikuntaelinsairaus (esim. selkä- / nivelkivut) |
| ☐ Migreeni / usein toistuva päänsärky | |
| ☐ Mielenterveydenhäiriö | |
| ☐ Leikkauksia tai muita toimenpiteitä | |

☐ Työstä aiheutuneita sairauksia _____

☐ Aistielinsairauksia (näkö / kuulo) _____

☐ Muu pitkäaikainen sairaus tai vamma _____

Mitä lääkkeitä tai luontaistuotteita käytät?

Oletko käynyt viimeisen kahden vuoden aikana hammaslääkärillä tai suuhygienistillä?

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko lähisuvussasi esiintynyt seuraavia sairauksia?

- ☐ Diabetes
☐ Muistisairaus
☐ Mielenterveydenhäiriöt

- ☐ 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
☐ kasviksia, hedelmiä, marjoja	☐	☐	☐	☐
☐ kalaa/ kalaruokia	☐	☐	☐	☐
☐ kasviöljyjä ja/tai -margariineja	☐	☐	☐	☐
☐ energiajuomia	☐	☐	☐	☐

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 nukut keskimäärin? _____ h/yö

	En	Joskus	Kyllä
Oletko kärsinyt univaikeuksista kuluneen vuoden aikana?	☐	☐	☐
Koetko nukkuvasi riittävästi?	☐	☐	☐
Tunnetko itsesi väsyneeksi päiväsaikaan?	☐	☐	☐

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 arkielämääsi (esim. netti, rahapelit)?

☐ Ei ☐ Kyllä, mitä? _____

SOSIAALIOHJAUKSEN TARVE

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