

Työhöntulotarkastuksen esihaastattelu

Nimi:		Henkilötunnus:			
Kotiosoite:		Puhelinnumero:			
		Sähköpostiosoite:			
Työnantaja:	Työsuhteen alkamisaika:		Työntekijän ammatti/toimi:		
Toimipiste:		Koulutus:			
Aikaisemmat virka- ja työsuhteet (yli 6kk), työnantaja	Työsuhteen kesto-aika v-v	Työn laatu		Aikaisemmat altistukset (melu, tärinä, liuotinaineet, pöly yms.) (tarv. terv.hoit. täyttää)	Terveystarkastukset
					Tehty <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ammattitauti tai invaliditeetti	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>			
Lisätyöt:	En tee <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Mitä:			
Oma arvio nykyterveydestä.			Työkykyysi asteikolla 1 – 10:		
<input type="checkbox"/> Hyvä	<input type="checkbox"/> Kohtalainen	<input type="checkbox"/> Huono			
Kuinka monta päivää olet ollut poissa työstä viimeisen 12 kuukauden aikana?					
Pituus, cm:		Paino, kg:	BMI	Vyötärönympäryys, cm:	
Tupakointi	<input type="checkbox"/> En tupakoi	<input type="checkbox"/>	Olen tupakoinut, vuotta:	<input type="checkbox"/>	Olen lopettanut, v/kk sitten:
			Kpl/pv:		
Muut käyttämäsi tupakkatuotteet:					
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/> En käytä	<input type="checkbox"/> Erittäin harvoin	<input type="checkbox"/> Kuukausittain	<input type="checkbox"/> Viikoittain	
	<input type="checkbox"/> Päivittäin	Paljonko kerralla?			
Käytätkö muita päihteitä?	<input type="checkbox"/> En käytä	<input type="checkbox"/> Käytän	Mitä ja kuinka usein?		
Syötkö	<input type="checkbox"/> Säännöllisesti	<input type="checkbox"/> Monipuolisesti	<input type="checkbox"/> Terveellisesti		
Erityisruokavalio, allergiat:					
Harrastatko liikuntaa:	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä (mitä ja kuinka usein)			
Montako tuntia yleensä nuket yössä?					

Terveystila		Onko sinulla nyt tai aikaisemmin ollut seuraavia sairauksia ja hoitoja:			
<input type="checkbox"/>	Silmäsairaus	<input type="checkbox"/>	Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	Mahahaava
<input type="checkbox"/>	Silmälasit	<input type="checkbox"/>	Rytmihäiriötä sydämessä	<input type="checkbox"/>	Ruansulatuskanavan muu sairaus
<input type="checkbox"/>	Värisokeus	<input type="checkbox"/>	Rintakipu levossa	<input type="checkbox"/>	Sappivika, -kivet
<input type="checkbox"/>	Korvasairaus	<input type="checkbox"/>	Rintakipu rasituksessa	<input type="checkbox"/>	Hepatiitti
<input type="checkbox"/>	Huonokuuloisuus	<input type="checkbox"/>	Sepelvaltimosairaus	<input type="checkbox"/>	Muu maksasairaus
<input type="checkbox"/>	Migreeni	<input type="checkbox"/>	Sydänveritulppa	<input type="checkbox"/>	Veriulosteita
<input type="checkbox"/>	Muu toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	Kävelykipuja pohkeissa	<input type="checkbox"/>	Tyrä
<input type="checkbox"/>	Huimaus	<input type="checkbox"/>	Suonikohjut	<input type="checkbox"/>	Munuaiskiviä
<input type="checkbox"/>	Tajuttomuuskohtauksia	<input type="checkbox"/>	Säärihaava	<input type="checkbox"/>	Muu munuaissairaus
<input type="checkbox"/>	Muu hermoston sairaus	<input type="checkbox"/>	Suonenvetoa	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	Kilpirauhasen sairaus
<input type="checkbox"/>	Halvaus	<input type="checkbox"/>	Keuhkokuume	<input type="checkbox"/>	Hyvänlaatuinen kasvain
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Pahanlaatuinen kasvain
<input type="checkbox"/>	Pitkäaikainen unettomuus	<input type="checkbox"/>	Pitkäaikainen yskä	<input type="checkbox"/>	Vakava tapaturma
<input type="checkbox"/>	Mielenterveyshäiriö (sis. masennus)	<input type="checkbox"/>	Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/>	Tajuttomuus tai oksentelu tapaturman yhteydessä
<input type="checkbox"/>	Iskias, muu selkävika	<input type="checkbox"/>	Muu hengityselinsairaus	<input type="checkbox"/>	Muu allergia
<input type="checkbox"/>	Reuma	<input type="checkbox"/>	Hengenahdistusta levossa	<input type="checkbox"/>	Muu leikkaus
<input type="checkbox"/>	Kihti	<input type="checkbox"/>	Hengenahdistusta rasituksessa	<input type="checkbox"/>	Muu sairaus
<input type="checkbox"/>	Muu nivelsairaus	<input type="checkbox"/>	Ihottuma, ihosairaus	<input type="checkbox"/>	Muu, mikä
<input type="checkbox"/>	Fysikaaliset hoidot	<input type="checkbox"/>	Heinänuha		

Lisätietoja: Jos vastasit johonkin kohtaan "kyllä" merkitse tähän toteamisvuosi, tietoja taudin nykytilasta, missä hoidettu, milloin

Toteamisvuosi	Taudin nykytila	Missä hoidettu	Milloin hoidettu

Lääkkeiden käyttö

Reseptilääkkeet:

Muut lääkkeet:

Lääkeaineyliherkkyydet:

Rokotustiedot, milloin	Vuosi		Vuosi
Jäykkäkouristus + kurkkumätä		Vesirokko	
MPR (tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko)		A-hepatiitti	
Hinkuyskä		B-hepatiitti	

Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Päiväys	Tutkittavan allekirjoitus
---------	---------------------------