



Päivämäärä _____

Oppilaitos, opintosuunta, ryhmä/luokka**HENKILÖTIEDOT**

Nimi		Henkilötunnus
Osoite		Postinumero
Kotikunta	Oma puhelin	Äidinkieli
Lähiomainen/yhteyshenkilö		
Osoite		Puhelin

OPISKELU

Miten mielestäsi opiskelu sujuu nyt? Oletko saanut tai saatko erityis- tai tukiopetusta? Aikaisempi koulutus/oppilaitos?
--

TERVEYDENTILA

Onko sinulla pitkäaikaissairauksia tai onko sinulle tehty leikkauksia?	
Arvioi oma terveydentilasi asteikolla 0-10	0=erittäin huono, 10=erittäin hyvä
Oletko saanut kuntoutusta tai terapiaa? Mitä?	
Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista tai oireista?	Kuvaile oiretta:
Allergia/lääkeaineallergia <input type="checkbox"/>	
Ihottuma <input type="checkbox"/>	
Astma <input type="checkbox"/>	
Migreeni/päänsärky <input type="checkbox"/>	
Vatsavaiva <input type="checkbox"/>	
Selkä- tai niskakipu <input type="checkbox"/>	
Onko perheessäsi/lähisuvussasi esim. sydän- tai verisuonisairautta, reumaa, diabetesta, mielenterveysongelmia, päihteiden käyttöä, väkivaltaa, muuta?	

LÄÄKKEET JA ROKOTUKSET

Säännöllinen lääkityksesi? <input type="checkbox"/>	Mitä?
Muita lääkkeitä? <input type="checkbox"/>	Mitä?
Rokotukset: Ota rokotuskortti mukaan vastaanotolle	

HENKINEN HYVINVOINTI

Arvioi oma mielialasi asteikolla 0-10		
Missä asioissa olet hyvä?		
Onko sinulla väsymystä <input type="checkbox"/>	alavireisyyttä <input type="checkbox"/>	motivaation puutetta <input type="checkbox"/>
stressiä <input type="checkbox"/>	jännittyneisyyttä <input type="checkbox"/>	ahdistuneisuutta <input type="checkbox"/>
jotain muuta: mitä? <input type="checkbox"/>		
Oletko kokenut kiusaamista tai väkivaltaa?		
Oletko tyytyväinen ystävyysuhteisiisi opiskelu- ja lähipiirissäsi? Jos olet huolissasi, niin mistä?		

Arvioi fyysinen kuntosi asteikolla 0-10	
Miten liikut ja kuinka usein?	
Miten käytät vapaa-aikasi?	

RUOKAILU JA RAVITSEMUS

Kuinka monta ateriaa syöt päivässä?	
Syötkö lämpimän aterian päivittäin? Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/>	
Noudatatko jotain erityisruokavaliota? Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Mitä?	
Kuinka paljon käytät maitotaloustuotteita päivittäin?	
Käytätkö vitamiineja, lisäravinteita tai piristäviä juomia? Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Mitä?	
Oletko huolissasi joistakin ruokailuun, syömiseen tai painoosi liittyvistä asioista?	

LEPO

Mihin aikaan menet nukkumaan arkipäivisin?	Mihin aikaan menet nukkumaan viikonloppuisin?
Häiritseekö yöntasi ja lepoasi jokin seikka?	

SUUN TERVEYS

Milloin olet viimeksi käynyt hammastarkastuksessa?
--

SEURUSTELU JA SEKSUAALITERVEYS

Onko sinulla seurusteluun tai seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä, huolia tai vaivoja?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Oletko ollut suojaamattomassa seksikontaktissa?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Milloin?
Oletko kokenut seksuaalista häirintää tai väkivaltaa?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla käytössä jokin ehkäisymenetelmä?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Mikä?
Onko sinua ohjattu tutkimaan rintasi?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Oletko ollut raskaana?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Milloin?
Kuukautisten alkamisikä? v. Kierron pituus vrk	Vuodon kesto vrk
Kuukautiskivut asteikolla 0-10	

TUPAKOINTI JA PÄIHTEET

Tupakoitko, nuuskaatko tai käytätkö sähkötupakkaa?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Määrä/Päivä
Käytätkö alkoholia?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Onko alkoholin käyttösi kuluneen vuoden aikana vähentynyt <input type="checkbox"/> pysynyt ennallaan <input type="checkbox"/> lisääntynyt <input type="checkbox"/> ?	
Oletko kokeillu huumeita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Mitä?

Asioita, joista haluat keskustella tai kysyä?