

Vastauksesi ovat luottamuksellisia

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Lähiomainen	Lähiomaisen puhelinnumero
Oppilaitos	Ryhmätunnus
Aikaisempi koulutus/oppilaitos	
Aikaisempi työkokemus	
OPIKSELU	
Edistyvätkö opintosi suunnitelmiesi mukaan? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Onko sinulla kavereita koulussa? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla oppimisvaikeuksia? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Onko sinulla kavereita vapaa-aikana? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Saatko riittävästi tukea opintoihisi? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Kiusataanko sinua koulussa? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla haasteita keskittymisessä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Esiintyykö ryhmässäsi kiusaamista? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Jännittääkö sinua esiintyminen/ sosiaaliset tilanteet? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Käytkö ansiotyössä opiskelun ohella? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
	Onko rahankäyttösi mielestäsi hallinnassa? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
TERVEYDENTILA	
Pitkäaikaissairaudet	
Lääkitykset	
Allergiat	
Muut oireet (esim. päänsärky)	
Sairalahoidot/leikkaukset	
Onko perheessäsi/ lähisuvussasi esim. sydän- tai verisuonisairautta, reumaa, diabetesta, mielenterveysongelmia, päihteiden käyttöä, väkivaltaa, muuta?	
HENKINEN HYVINVOINTI	
Oletko tyytyväinen itseesi? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Esiintyykö sinulla alavireisyyttä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla väsymystä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Oletko kokenut läheisen kuoleman? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulle stressiä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Oletko kokenut väkivaltaa? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Onko sinulla ahdistuneisuutta? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Oletko kokenut seksuaalista häirintää? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Arvioi oma mielialasi asteikolla 0-10	
Hoitokontaktit/ mielialalääkitys?	
Onko perheessäsi tällä hetkellä asioita, jotka vaikuttavat mielialaasi?	

SEURUSTELU JA SEKSUAALITERVEYS

Onko sinulla seurusteluun tai seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä? kyllä ei
 Oletko tyytyväinen omaan kehoosi? kyllä ei
 Onko sinulla tarvetta sukupuolitautitesteihin? kyllä ei
 Onko sinulla käytössä jokin ehkäisymenetelmä? kyllä Mikä? _____ ei

Kuukautisten alkamisikä	Kieron pituus vrk	Vuodon kesto vrk
-------------------------	-------------------	------------------

Viimeiset kuukautiset? _____	Tutkitko rintasi säännöllisesti? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Kuukautiskivut asteikolla 0-10 _____	Raskaudet/keskeytykset kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>

HYGIENIA

Kuinka usein käyt suihkussa ja peset hampaasi?

Milloin olet viimeksi käynyt hammaslääkärillä tai suuhygienistillä?

LIIKUNTA JA VAPAA-AIKA

Arvioi fyysinen kuntosi asteikolla 0-10

Miten liikut ja kuinka usein?

Miten vietät vapaa-aikaasi?

Kuinka monta tuntia/vrk vietät ruudun ääressä (puhelin, pelit, tv)?

RUOKAILU JA RAVITSEMUSSyötkö aamuisin? kyllä ei Syötkö lämpimän aterian päivittäin? kyllä ei Noudatatko erityisruokavaliota? kyllä ei

Käytätkö päivittäin?

 energiajuomia virvoitusjuomia maitotuotteita D-vitamiinia

Oletko huolissasi ruokailuun, syömiseen tai painoosi liittyvistä asioista?

LEPO

Mihin aikaan menet nukkumaan arkisin?

viikonloppuisin?

Onko sinulla univaikeuksia?

TUPAKOINTI JA PÄIHTEETTupakoitko? kyllä määrä/vrk? _____ ei Nuuskaatko? kyllä määrä/vrk? _____ ei Käytätkö alkoholia? kyllä määrä/viikko? _____ ei

Oletko kokeillut huumeita, lääkkeitä, muita päihdyttäviä aineita?

kyllä mitä?en

Asioita, joista haluaisin keskustella/kysyä terveystarkastuksen yhteydessä?

TERVEYDENHOITAJA TÄYTTÄÄ

Paino:

Pituus:

BMI:

Vy:

Hb:

Näkö

Kuulo:

Pulssi:

Verenpaine::

Audit:

BDI:

Rokotukset: