

## TYÖHÖNTULOTARKASTUKSEN ESIKYSELY

## HENKILÖTIEDOT

|               |               |
|---------------|---------------|
| Sukunimi      | Etunimet      |
| Henkilötunnus | Puhelinnumero |
| Osoite        |               |

## MINUN TYÖNI

|  |                      |                    |
|--|----------------------|--------------------|
| Koulutus   |                      |                    |
| Nykyinen työtehtäväni  |                      |                    |
| Yrityksen nimi   | Osasto               | Esimies            |
|  |                      |                    |
| Aikaisemmat työsuhteet   | Työsuhteen kestoaika | Ammatti/työtehtävä |
|  |                      |                    |
|  |                      |                    |
|  |                      |                    |
| Oletteko tehnyt aikaisemmin asbestipurkutöitä tai käsitellyt työssäsi syöpävaarallisia aineita? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> |                      |                    |

## MINÄ TYÖNTEKIJÄNÄ

Valitse se vaihtoehto jokaisen väittämän kohdalla, mikä parhaiten kuvaa tuntemuksiasi viimeisen kahden viikon aikana.

|   | Täysin samaa mieltä      | Melko samaa mieltä       | En samaa enkä eri mieltä | Melko eri mieltä         | Täysin eri mieltä        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Olen optimistinen sen suhteen, miten työhöni liittyvät asiat tulevat sujumaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omaksun uusia asioita sujuvasti   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Olen mielestäni sinnikäs, enkä luovuta helposti haasteellisissa tilanteissa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## TERVEYTENI

Onko sinulla lääkärin toteama pitkäaikaissairaus tai vamma? Ei  Kyllä 

Jos vastasit kyllä, tarkenna mikä:

|   | Ei                          | Mahdollisesti               | Kyllä,<br>vähän             | Kyllä,<br>paljon               |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Haittaako pitkäaikaissairaus/vamma toimintakykyäsi vapaa ajalla?  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| Haittaako pitkäaikaissairaus/vamma työtäsi tai pahentuuko se työn vuoksi?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Onko sinulla ollut viimeisen 6kk aikana toistuvasti tai pitkään tuki- ja liikuntaelämistön oireita?</b>  | Ei <input type="checkbox"/> |                             |                             | Kyllä <input type="checkbox"/> |
|   | Ei                          | Mahdollisesti               | Kyllä,<br>vähän             | Kyllä,<br>paljon               |
| Haittaako oireesi toimintakykyäsi vapaa ajalla?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| Haittaako oire työtäsi tai pahentuuko se työn vuoksi?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Onko sinulla ollut viimeisen 6kk aikana toistuvasti tai pitkään muita fyysisiä oireita?</b>  |                             |                             | Ei <input type="checkbox"/> | Kyllä <input type="checkbox"/> |
|   | Ei                          | Mahdollisesti               | Kyllä,<br>vähän             | Kyllä,<br>paljon               |
| Haittaako oireesi toimintakykyäsi vapaa ajalla?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| Haittaako oire työtäsi tai pahentuuko se työn vuoksi?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Onko sinulla ollut viimeisen 6kk aikana toistuvasti tai pitkään mielenterveyteen liittyviä oireita?</b>  | Ei <input type="checkbox"/> |                             |                             | Kyllä <input type="checkbox"/> |
|   | Ei                          | Mahdollisesti               | Kyllä,<br>vähän             | Kyllä,<br>paljon               |
| Haittaako oireesi toimintakykyäsi vapaa ajalla?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| Haittaako oire työtäsi tai pahentuuko se työn vuoksi?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>       |
| <b>Oletko huomannut viime aikoina näkemiseen, kuulemiseen tai äänen käyttöön liittyviä ongelmia?</b>  | Ei <input type="checkbox"/> |                             |                             | Kyllä <input type="checkbox"/> |
| Minkälaiseksi arvioit terveydentilaasi muihin saman ikäisiin verrattuna?<br>Erittäin hyvä <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Keskinertainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/> Erittäin huono <input type="checkbox"/>   |                             |                             |                             |                                |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyisit työskentelemään nykyisessä ammatissasi kahden vuoden kuluttua?<br>Todennäköisesti <input type="checkbox"/> En osaa sanoa <input type="checkbox"/> Epätodennäköisesti <input type="checkbox"/>   |                             |                             |                             |                                |
| Minkälaiseksi arvioit fyysisen kuntosi verrattuna saman ikäisiin?<br>Erittäin hyvä <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Keskinertainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/> Erittäin huono <input type="checkbox"/>  |                             |                             |                             |                                |
| Oletko ollut lääkinnällisessä tai ammatillisessa kuntoutuksessa?  |                             | Ei <input type="checkbox"/> |                             | Kyllä <input type="checkbox"/> |
| Oletko viimeisen kahden vuoden aikana käynyt hammastarkastuksessa?<br>En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Käyn harvemmin, hammaslääkäriini ohjeiden mukaisesti <input type="checkbox"/>  |                             |                             |                             |                                |
| Mitkä alla olevista taudeista olet sairastanut tai sinulla on voimassa oleva rokotus tautia vastaan?<br>Tuhkarokko <input type="checkbox"/> Vesirokko <input type="checkbox"/> Jäykkäkouristus <input type="checkbox"/> Hinkuyskä <input type="checkbox"/> Hepatiitti A <input type="checkbox"/> Hepatiitti B <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/><br>Vesikauhu <input type="checkbox"/> Puutiasaivokuume <input type="checkbox"/> |                             |                             |                             |                                |
| Onko sinulla voimassa oleva influenssarokotus?<br>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> En tiedä <input type="checkbox"/>  |                             |                             |                             |                                |

Valitse se vaihtoehto jokaisen väittämän kohdalla, mikä parhaiten kuvaa tuntemuksiasi viimeisen kahden viikon aikana.

|   | Täysin samaa mieltä      | Melko samaa mieltä       | En samaa enkä eri mieltä | Melko eri mieltä         | Täysin eri mieltä        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Minulla on hyviä keinoja työstä palautumiseen       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pystyn solmimaan ihmissuhteita ja nauttimaan niistä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tunnen itseni merkitykselliseksi                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Olen tyytyväinen elämäni                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ELINTAPANI

Miten liikuntatottumuksesi vaikuttavat hyvinvointiisi ja palautumiseen?

Edistää paljon  Edistää jonkin verran  Ei vaikutusta  Heikentää jonkin verran  Heikentää paljon

Miten ruokailutottumuksesi vaikuttavat hyvinvointiisi ja palautumiseen?

Edistää paljon  Edistää jonkin verran  Ei vaikutusta  Heikentää jonkin verran  Heikentää paljon

Miten nukkumistottumuksesi vaikuttavat hyvinvointiisi ja palautumiseen?

Edistää paljon  Edistää jonkin verran  Ei vaikutusta  Heikentää jonkin verran  Heikentää paljon

Alkoholinkäyttösi viikkotasolla? (1 annos: 12cl 10-15% viiniä, 0,33l max 4,7% olutta tai siideriä, 8cl 16-22% viiniä, 4cl väkevää viinaa 35-40%)

Ei lainkaan  Mies 0-14 annosta, Nainen 0-7 annosta/ viikko

Mies 15-24 annosta, Nainen 8-16 annosta/ viikko  Mies yli 24, Nainen yli 16 annosta/ viikko

Käytätkö mielestäsi liikaa alkoholia?

Kyllä  En osaa sanoa  Ei

Tupakoitko tai käytätkö tupakkatuotteita (nuuska, sähkötupakka ym)?

En  Satunnaisesti  Säännöllisesti

Jos vastasit säännöllisesti, oletko harkinnut lopettamista?

Kyllä  Ei

Käytätkö huumeita (mm. kannabis, kokaiini, amfetamiini) tai huumaavia lääkkeitä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen? Kysymys ei koske alkoholia.

En  Satunnaisesti  Säännöllisesti

Jos vastasit muuta kuin en, oletko harkinnut lopettamista?

Kyllä  Ei

## TYÖTERVEYSSUUNNITELMANI

Mikä on tällä hetkellä tärkeintä hyvinvointisi kannalta?

Millaisilla pienillä muutoksilla voisit edistää terveyttäsi ja työhyvinvointiasi?

Keneltä toivot tukea näihin muutoksiin?

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Päivämäärä / .

---

Allekirjoitus