



Terveyskysely - Miten voit?

Henkilö-tietosi	Nimi	Henkilötunnus
	Kotiosoite	
	Puhelin	
	Osoite opiskelupaikkakunnalla, jos eri kuin kotiosoite	
	Lähin omainen	Puhelinnumero
	Keitä perheeseen kuuluu?	
	Asuminen <input type="checkbox"/> Asun vanhempien luona <input type="checkbox"/> opiskelija-asunto/solu <input type="checkbox"/> asun yksin <input type="checkbox"/> avo/avioliitto	
	Oletko ansiotyössä opintojesi ohella? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä tuntia/viikko, missä?	
	Opiskelu	Ryhmätunnus:
	Oletko tyytyväinen opiskeluusi ja opintojesi edistymiseen?	
	Millaiseksi koet opiskeluun liittyvän työmäärän?	
	Miten olet sopeutunut opiskeluryhmääsi/opiskeluyhteisösi?	
	Onko sinulla ollut oppimiseen liittyviä vaikeuksia?	
	Onko niitä tutkittu (milloin, missä)?	
	Onko sinulla poissaoloja koulusta?	

Terveyden-tila	<p>Onko sinulla todettu?</p> <p><input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus (selkä-, raaja- ja nivelvaivat tai reumasairaudet)</p> <p><input type="checkbox"/> Allergiset sairaudet (allerginen ihottuma, allerginen nuha tai astma)</p> <p><input type="checkbox"/> Muu iho- tai keuhkosairaus <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus (epilepsia, CP-vamma, MS-tauti, lihassairaus, migreeni ym.)</p> <p><input type="checkbox"/> Mielenterveyden häiriö (mieliala-, ahdistuneisuus- tai käytöshäiriö, ADHD, Aspergerin oireyhtymä ym.)</p> <p><input type="checkbox"/> Muu sairaus, mikä?</p> <p><input type="checkbox"/> Leikkaukset, mitkä?</p> <p><input type="checkbox"/> Säännöllinen lääkitys, mikä?</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkeaineallergia, mikä?</p> <p>Missä pitkäaikaissairautesi hoito on järjestetty opiskeluaikanasasi?</p> <hr/> <p>Esiintyykö sinulla tällä hetkellä toimintakykäsi haittaavaa:</p> <p><input type="checkbox"/> jatkuvaa väsymystä <input type="checkbox"/> keskittymisvaikeuksia, hermostuneisuutta</p> <p><input type="checkbox"/> yksinäisyydentunnetta <input type="checkbox"/> masennusta, alakuloisuutta</p> <p><input type="checkbox"/> toistuvaa unettomuutta <input type="checkbox"/> ahdistuneisuutta <input type="checkbox"/> pelkoa tai jännittyneisyyttä</p> <p><input type="checkbox"/> paniikkioireita <input type="checkbox"/> syömishäiriöoireita</p> <hr/> <p>Onko sinulla usein alla olevia oireita</p> <p><input type="checkbox"/> pitkällistä yskää ja/tai hengenahdistusta <input type="checkbox"/> päänsärkyä</p> <p><input type="checkbox"/> sydämen tykytystä ja/tai rintakipuja <input type="checkbox"/> niska-hartiaseudun vaivoja</p> <p><input type="checkbox"/> vatsavaivoja <input type="checkbox"/> alaselkäkipuja <input type="checkbox"/> virtsavaivoja</p> <p><input type="checkbox"/> muuta vaivaa, mitä?</p>
Näkö	<p>Käytätkö silmälaseja/piilolinssijä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p>
Oma arvio nykyisestä terveyden-tilasta	
Suvun sairaudet	<p>Onko lähiomaisillasi (omat vanhemmat, sisarukset, lapset):</p> <p><input type="checkbox"/> Sydän ja verisuonisairauksia (esim. korkea verenpaine, infarkti ym.)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologisia sairauksia (esim. MS-tauti, lihassairaudet)</p> <p><input type="checkbox"/> Mielenterveysongelmia, psykiatrisia sairauksia (esim. masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia)</p> <p><input type="checkbox"/> Päihdeongelmia</p> <p><input type="checkbox"/> Muu, mikä?</p>

Ruokailu	<p>Syötkö säännöllisesti?</p> <p><input type="checkbox"/> aamupala <input type="checkbox"/> lounas (kouluruoka) <input type="checkbox"/> välipala <input type="checkbox"/> päivällinen <input type="checkbox"/> iltapala</p> <hr/> <p>Pitäisikö sinun mielestäsi muuttaa ruokailutottumuksiasi terveellisemmiksi, esim. kasvisten, rasvan, suolan, kuidun tai kalsiumin suhteen?</p> <hr/> <p>Onko sinulla erityisruokavalio?</p> <p><input type="checkbox"/> ei</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä, mitä?</p> <hr/> <p>Oletko tyytyväinen painoosi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p>
Nukkuminen	<p>Menen nukkumaan koulupäivinä kello_____, viikonloppuisin kello _____</p>
Harrastukset ja vapaa-aika	<p>Miten vietät vapaa-aikaasi?</p> <hr/> <p>Kuinka usein harrastat liikuntaa hengästymiseen saakka?</p>
Pelaaminen	<p>Pelaatko omasta mielestäsi liikaa?</p>
Päihteet	<p>Tupakoitko?</p> <p><input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen lopettanut tupakoinnin <input type="checkbox"/> Kyllä, _____ savuketta/pv?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, _____ sähkösavukkeita/pv?</p> <p>Käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka monta annosta/pv? _____</p> <p>Haluatko lopettaa tupakkatuotteiden käytön? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En</p> <p>Käytätkö alkoholia?</p> <p><input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein _____</p> <p>paljonko kerralla_____</p> <p>Käytätkö huumeita?</p> <p><input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen kokeillut, mitä _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, mitä _____</p> <p>Kuuluuko lähiystäväpiiriisi joku, joka on kokeillut huumausaineita? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Asenteesi huumausaineiden käyttöön on? <input type="checkbox"/> Myönteinen <input type="checkbox"/> Kielteinen</p>

Seksuaali-terveys	Seurusteletko? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Käytätkö raskauden ehkäisyä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Oletko joutunut kokemaan seksuaalisuuteen liittyen jotakin epämiellyttävää? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Onko sinulla mielestäsi jotain poikkeavaa sukupuolielimissäsi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Onko sinulla kysyttävää tai huolta omaan ehkäisyysi, sukupuoliseen kypsymiseesi tai suuntautumiseesi liittyen?
	Seuraavat kysymykset vain naisille Kuukautisten alkamisikä? _____ Kuukautisten kesto? _____ Kuukautiskierron pituus? _____ Viimeiset kuukautiset alkoivat? _____ Onko sinulla kuukautiskipuja? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Esiintyykö sinulla haittaavaa valkovuotoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Suun hoito	Milloin olet viimeksi käynyt hammaslääkärillä?
	Kuinka usein peset hampaasi?
Ihmissuhteet, voimavarat	Koetko olevasi yksinäinen tai onko sinulla ihmissuhdeongelmia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Voitko halutessasi keskustella ongelmistasi jonkun läheisen kanssa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Onko taloudellisessa tilanteessasi ongelmia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Onko sinulla ollut elämässäsi jokin kriisitilanne (esim. kiusaaminen, läheisen ihmisen kuoleminen, vakava onnettomuus, väkivaltatilanne)?
Mieliala	Arvioi tämänhetkinen mielialasi. Laita rasti sopivaan kohtaan janalla. <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> huono <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;">0</div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 50%; top: -50%; transform: translate(-50%, -50%);"> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;">5</div> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;">10</div> </div> hyvä </div>
Mikä tuo iloa elämääsi?	
Päiväys ja allekirjoitus	