

**Henkilötiedot**

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite opiskelupaikkakunnalla \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_

Osoite kotipaikkakunnalla \_\_\_\_\_

Lähiomainen nimi, osoite ja puh. \_\_\_\_\_

Opintolinja/-ryhmä. \_\_\_\_\_

Onko terveydentilasi omasta mielestäsi

 hyvä       tyydyttävä       huono, miksi? \_\_\_\_\_

Oletko huolestunut jostain hyvinvointiisi liittyvästä asiasta?

Onko sinulla ollut viimeisen 6 kk aikana

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> toistuvaa päänsärkyä                   | <input type="checkbox"/> tuki- ja liikuntaelinsairauksia |
| <input type="checkbox"/> sydänoireita                           | <input type="checkbox"/> jatkuvia vatsavaivoja           |
| <input type="checkbox"/> virtsaamisvaivoja, virtsatieulehduksia | <input type="checkbox"/> masennusta                      |
| <input type="checkbox"/> iho-ongelmia                           | <input type="checkbox"/> muita vaivoja, mitä? _____      |
| <input type="checkbox"/> syömishäiriö                           |  |
| <input type="checkbox"/> paniikkihäiriö                         |  |

Onko sinulla

- 
- lääkeallergia, mikä? \_\_\_\_\_
- 
- 
- ruoka-aineallergia, mikä? \_\_\_\_\_
- 
- 
- siitepölyallergia, mikä? \_\_\_\_\_
- 
- 
- ihottumaa

Onko sinulla seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä?

Onko sinulla jokin pitkäaikaissairaus, mikä?

Onko sinulla säännöllistä tai toistuvaa lääkitystä, mitä?

Onko sinulla ollut sairaalahoitoja, joilla on vaikutusta nykyiseen terveydentilaasi?

## TERVEYSKYSELY

|   |
|---|
| Noudatatko jotain erikoisruokavaliota<br><input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä   |
| Harrastatko hengästymistä ja hikoilua aiheuttavaa kuntoliikuntaa? Kuinka usein viikossa? Mitä?  |
| Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, _____kpl/vrk   |
| Käytätkö alkoholia?<br><input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein? _____  |
| Oletko käyttänyt kannabis- tai muita huumeita viimeisen kahden vuoden aikana?<br><input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____   |
| Onko elämääsi haitannut<br><input type="checkbox"/> otteen saaminen opiskelusta <input type="checkbox"/> keskittymisvaikeudet<br><input type="checkbox"/> ristiriidat läheisiisi <input type="checkbox"/> yksinäisyys<br><input type="checkbox"/> ahdistus- ja pelkotilat <input type="checkbox"/> unettomuus<br><input type="checkbox"/> nettiriippuvuus / peliriippuvuus <input type="checkbox"/> jatkuva väsymys<br><input type="checkbox"/> jännittyneisyys <input type="checkbox"/> jatkuva alakuloisuus |
| Onko sinulla todettu oppimiseen liittyviä vaikeuksia<br><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä? _____   |
| Oletko kokenut fyysistä tai psyykkistä kaltoinkohtelua? (esim. koskettelu, seksuaalinen hyväksikäyttö, väkivalta)   |
| Miten rentoudut ja vietät vapaa-aikaasi?  |
| Onko sinulla muuta terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää, josta haluat keskustella?   |
| _____/____20____<br>Allekirjoitus   |