

Kysely terveydentilasta Päivämäärä

HENKILÖTIEDOT

1. Nimi:	2. Syntymäaika:	3. Syntymämaa: 4. Syntymäpaikka:
5. Osoite Suomessa:		6. Puhelin:
7. Vakuutus: Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>		8. Vakuutusyhtiön nimi:
9. Lähisukulainen tai yhteys henkilö:		10. Puhelin:
11. Koulu / opintolinja / pääaine:		12. Opintojen aloituspäivä:
		13. Suunniteltu valmistuspäivä:

TERVEYS

14. Terveydentila:	Hyvä <input type="checkbox"/>	Keskinkertainen <input type="checkbox"/>	Huono <input type="checkbox"/>
15. Onko sinulla pitkäaikaisia sairauksia?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä?
16. Onko sinulla maksasairaus, hepatiitti?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mikä?
17. Onko sinulla HIV?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
18. Tupakoitko tai käytätkö tupakkatuotteita?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä ja minkä verran?
19. Käytätkö alkoholia tai muita päihteitä?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä ja minkä verran?
20. Aiemmat sairaalahoidot tai leikkaukset?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Millaisia?
21. Allergiset reaktiot lääkkeille?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mille lääkkeelle?
22. Onko sinulla ollut tuberkuloosi?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Milloin?
23. Oletko saanut lääkityksen tuberkuloosiin?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Milloin? Mikä lääkitys?
24. Onko lähipiirissäsi (samassa taloudessa asuvat) ollut tuberkuloosia?	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
Onko sinulla nyt tai aiemmin ollut seuraavia oireita:		Jos kyllä, niin anna lisätietoa (esim. milloin oireita on ollut, onko oireita nyt, onko vaivaan löydetty syytä):	
25. Useita viikkoja kestänyt yskä	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
26. Limaisia ysköksiä tai veriyskä	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
27. Tahaton laihtuminen	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
28. Yöhikoilu	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
29. Pitkittynyt kuume	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
30. Imusolmukkeiden (kaula, kainalot, nivustaive) turvotusta, kipua tai eritystä	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	

LÄÄKITYKSET, ROKOTUKSET

31. Käytätkö reseptilääkkeitä?			Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Mitä?
Oletko saanut seuraavat rokotteet:					
32. Polio	33. Jäykkäkouristus/ kurkkumätä	34. Tuhkarokko/ sikotauti/ vihurirokko			
Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> , milloin?	Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> milloin?	Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> milloin?			
35. Oletko sairastanut tuhkarokkoa?			Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
36. Oletko sairastanut sikotautia?			Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	
37. Oletko sairastanut vihurirokkoa?			Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	