

ISÄN/TOISEN VANHEMMAN TERVEYSHAASTattelulomake

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Osoite		Postinumero
Kotikunta	Puhelin	Äidinkieli
Ammattiasema	Edellisten lasten syntymävuodet	

TERVEYDENTILA

Millaiseksi arvioit oman terveydentilasi?	Hyvä <input type="checkbox"/>	Kohtalainen <input type="checkbox"/>	Huono <input type="checkbox"/>
Tiedätkö mittasi/arvosi?			
Pituus	Paino	Vyötärönympäryys	Verenpaine
Onko sinulla jokin pitkäaikainen fyysinen/psykykinen sairaus tai vamma?			
Milloin olet viimeksi käynyt hammaslääkärissä?			

LÄÄKKEET JA ROKOTUKSET

Onko sinulla säännöllinen lääkitys?	ei	kyllä	Mitä?
Onko käytössäsi muita lääkkeitä?	ei	kyllä	Mitä?
Minä vuonna olet saanut jäykkäkouristusrokotuksen?			

TERVEYSTOTTUMUKSET

Millaiseksi arvioit oman fyysisen kuntosi?	Hyvä <input type="checkbox"/>	Kohtalainen <input type="checkbox"/>	Huono <input type="checkbox"/>		
Minkälaista liikuntaa harrastat ja kuinka usein?					
Onko ruokailusi säännöllistä?	ei	kyllä	Käytätkö D-vitamiinia?	ei	kyllä
Onko sinulla erityisruokavaliota?					
Oletko huolissasi/haluatko keskustella jostain syömiseen tai painoon liittyvistä asioista, mistä?					
Nukutko riittävästi, kuinka monta tuntia yössä?					
Minkälaiseksi arvioit oman mielialasi?	Hyvä <input type="checkbox"/>	Kohtalainen <input type="checkbox"/>	Huono <input type="checkbox"/>		
Onko sinulla jotakin seuraavista?					
väsymystä	ei	kyllä	alavireisyyttä	ei	kyllä
stressiä	ei	kyllä	jännittyneisyyttä/ahdistusta	ei	kyllä
masennusta	ei	kyllä	paniikkioireita	ei	kyllä
Jotain muuta, mitä?					

Tupakoitko?	ei	kyllä	tupakoitko sisällä/ulkona?
Käytätkö nuuskaa?	ei	kyllä	tupakoinnista määrä/päivä
Käytätkö alkoholia?	ei	kyllä	Alkoholin annosmäärä/viikko
Oletko kokeillut huumeita/ lääkkeitä päihtymistarkoituksessa?	ei	kyllä	Mitä?
Oletko huolissasi jostain tupakointiin/ päihteisiin liittyvistä asioista?			

PARISUHDE JA SEKSUAALITERVEYS

Kuinka tyytyväinen olet parisuhteeseesi tällä hetkellä?	Hyvä <input type="checkbox"/>	Kohtalainen <input type="checkbox"/>	Huono <input type="checkbox"/>
Onko sinulla parisuhteeseen/seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä/huolia?	ei	kyllä	
Onko sinulla tarvetta seksitautitesteihin?	ei	kyllä	

RASKAUTEEN, SYNNYTYKSEEN JA VANHEMMUUTEEN LIITTYVÄT ASIAT

Minkälaista tietoa tarvitset raskauteen, synnytykseen tai vanhemmuuteen liittyen?		
Minkälaisia toiveita sinulla on raskauteen, synnytykseen tai vanhemmuuteen liittyen?		
Minkälaisia pelkoja/huolia sinulla on raskauteen, synnytykseen tai vanhemmuuteen liittyen?		
Oletko ajatellut osallistua perhevalmennukseen ja synnytykseen?	ei	kyllä
Saatko tarvittaessa tukea läheisiltä tai ystäviltä?	ei	kyllä
Minkälaisia toivomuksia/kysymyksiä sinulla on neuvolan terveydenhoitajalle?		

Annan suostumukseni näiden tietojen luovuttamiseen lastenneuvolaan/synnytyssairaalaan/hoitavalle lääkärille		ei <input type="checkbox"/>	kyllä <input type="checkbox"/>
Päiväys	Allekirjoitus		