



Jyväskylän  
yhteistoiminta-  
alueen terveyskeskus

Opiskeluterveydenhuolto

#### Henkilötiedot

Sukunimi

---

Etunimet

---

Henkilötunnus

---

Osoite

---

Postinumero

---

Postitoimipaikka

---

Puhelin (koti)

---

Matkapuhelin

---

Työpuhelin

---

#### Opiskehuun liittyvät tiedot

Osoite kotipaikkakunnalla, jos muu kuin opiskelupaikkakunta

---

Perhesuhteet / asuminen

---

Toimeentulo (opintotuki, -laina, työssäkäynti)

---

## Opiskeluala

- Agrologi
- Automaatiotekniikka (automaatio- ja sähkövoimatekniikka)
- Degree Programme in International Business (IB)
- Degree Programme in Logistics
- Degree Programme in Nursing
- Energiatekniikka
- Fysioterapia
- Hyvinvointiteknologia
- Kone- ja tuotantotekniikka
- Kuntoutusohjaus ja -suunnittelu
- Kätilö
- Liiketalous
- Logistiikka
- Matkailu
- Mediatekniikka
- Music and Media Management
- Musiikki
- Ohjelmistotekniikka
- Palvelujen tuottaminen ja johtaminen
- Paperikoneteknologia
- Rakennustekniikka
- Sairaanhoidaja
- Sosiaaliala
- Terveystenhoitaja
- Tietojenkäsittely
- Tietotekniikka
- Tiimiakatemia
- Toimintaterapia
- Vaatetus

Oletko haluamallasi opiskelualalla?

---

## Terveystila

Tunnetko itsesi terveeksi?

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Kyllä         | <input type="checkbox"/> |
| En osaa sanoa | <input type="checkbox"/> |
| En            | <input type="checkbox"/> |

Onko sinulla

- pitkäaikaissairauksia (esim. astma, diabetes, masennus, jokin ihosairaus)?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
- 

- terveydentilassasi jotain huomioitavaa tulevan ammatin kannalta?

- allergioita?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
- 

- säännöllistä lääkitystä?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
- 

- toistuvia arkielämää haittaavia fyysisiä oireita tai vaivoja?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
- 

Viimeisimmät rokotukset (kirjoita muodossa pp.kk.vvvv)

- jäykkäkouristus-kurkkumätä

---

- polio

---

- MPR II

---

- muita rokotuksia (esim. hepatiitti)

---

Onko vanhemmillasi tai sisaruksillasi pitkäaikaissairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta, reumaa, mielenterveyshäiriötä, päihdeongelmaa tms.?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
-

## Seksuaaliterveys

Onko sinulla seksuaalisuuteen, sukupuolielimiin tai ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä / huolia?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
- 

Onko seksikäyttäytymisesi sellaista, että sinun pitäisi olla huolissaan sukupuolitaudeista?

- Ei   
En osaa sanoa   
Kyllä
- 

Onko sinulla kuukautisiin liittyviä kipuja tai muita gynekologisia vaivoja?

- Ei  
 Kyllä, mitä?
- 

Osaatko tutkia rintasi?

- Kyllä  
 Ei

## Mieliala ja ihmissuhteet

Millainen mielialasi on yleensä?

---

Onko elämäsi haitannut  
-jännittyneisyys?

- Usein   
Joskus   
Ei koskaan
- 

-stressi?

- Usein   
Joskus   
Ei koskaan
-

-sosiaalisten tilanteiden pelko?

Usein

Joskus

Ei koskaan

-ahdistuneisuus?

Usein

Joskus

Ei koskaan

-masentuneisuus?

Usein

Joskus

Ei koskaan

-yksinäisyys?

Usein

Joskus

Ei koskaan

-syömiseen tai painoon liittyvät pulmat?

Usein

Joskus

Ei koskaan

-motivaation puute?

Usein

Joskus

Ei koskaan

-kiusaaminen?

Usein	<input type="checkbox"/>
Joskus	<input type="checkbox"/>
Ei koskaan	<input type="checkbox"/>

-väkivaltakokemukset?

Usein	<input type="checkbox"/>
Joskus	<input type="checkbox"/>
Ei koskaan	<input type="checkbox"/>

Oletko koskaan hakenut tai saanut apua edellä mainittuihin ongelmiin?

- En, ei ole tarvetta
- En ole saanut / hakenut, mutta tarvitsisin.
- Kyllä, olen hakenut ja saanut apua, mistä?

Millaiset suhteet sinulla on  
-vanhempisi / huoltajisi?

Hyvät	<input type="checkbox"/>
Kohtalaiset	<input type="checkbox"/>
Huonot	<input type="checkbox"/>

-läheisiisi?

Hyvät	<input type="checkbox"/>
Kohtalaiset	<input type="checkbox"/>
Huonot	<input type="checkbox"/>

-kavereihisi?

Hyvät	<input type="checkbox"/>
Kohtalaiset	<input type="checkbox"/>
Huonot	<input type="checkbox"/>

## Terveystottumukset

Miten vietät vapaa-aikaasi ja mitkä ovat mieluisimmat harrastuksesi?

Syötkö omasta mielestäsi terveellisesti ja monipuolisesti?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Usein      | <input type="checkbox"/> |
| Joskus     | <input type="checkbox"/> |
| En koskaan | <input type="checkbox"/> |

Syötkö 4-6 ateriaa päivässä (aamupala, lämpinät ateriat, välipalat)?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Usein      | <input type="checkbox"/> |
| Joskus     | <input type="checkbox"/> |
| En koskaan | <input type="checkbox"/> |

Käytänkö maitotuotteita päivittäin 6-8 dl?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Usein      | <input type="checkbox"/> |
| Joskus     | <input type="checkbox"/> |
| En koskaan | <input type="checkbox"/> |

Pesetkö hampaasi 2 kertaa päivässä?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Usein      | <input type="checkbox"/> |
| Joskus     | <input type="checkbox"/> |
| En koskaan | <input type="checkbox"/> |

Nukutko 7-9 tuntia yössä?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| Usein      | <input type="checkbox"/> |
| Joskus     | <input type="checkbox"/> |
| En koskaan | <input type="checkbox"/> |

Liikutko 3-5 kertaa viikossa (hyötyliikunta, liikuntaharrastukset)?

- Usein
- 
- Joskus
- 
- En koskaan
- 

Vietätkö vapaa-aikaasi tietokoneella yli 2 tuntia päivässä?

- Usein
- 
- Joskus
- 
- En koskaan
- 

Pelaatko rahapelejä?

- Usein
- 
- Joskus
- 
- En koskaan
- 

Onko pelaamisesi (tietokone / rahapelit) aiheuttanut huolta sinulle / läheisillesi?

- Usein
- 
- Joskus
- 
- Ei koskaan
- 

Riittääkö vapaa-aikasi rentoutumiseen?

- Usein
- 
- Joskus
- 
- Ei koskaan
- 

### Pähteiden käyttö

Käytätkö alkoholia?

- En käytä
- kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2-3 kertaa kuukaudessa
- 4 kertaa kuukaudessa tai enemmän



Kuinka monta annosta kerrallaan (1 annos = 0,33 l olutta, siideriä tai lonkeroa)?

1-2

3-5

6 tai enemmän

Kuinka monta annosta (1 annos = 0,33 l olutta, siideriä tai lonkeroa) kerrallaan?

1-3

4-7

8 tai enemmän

Onko alkoholin käytössäsi tapahtunut muutoksia viimeisen vuoden aikana?

Vähentynyt

Pysynyt ennallaan

Lisääntynyt

Oletko kokeillut tai käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa?

En koskaan

1-4 kertaa

5 kertaa tai enemmän

Oletko / onko joku huolestunut päihteiden käytöstäsi?

Ei

Kyllä

## Tupakointi

Tupakoitko?

En

Satunnaisesti

Kyllä, kuinka monta savuketta päivässä?

Käytätkö nuuskaa?

En

Kyllä

Oletko motivoitunut lopettamaan tupakoinnin / nuuskaamisen?

Kyllä

En

Haluatko tupakoinnin / nuuskaamisen lopettamiseen / vähentämiseen tukea opiskeluterveydenhuollosta?

Kyllä

En

Muuta

Onko sinulla asioita, joista haluaisit keskustella terveydenhoitajasi kanssa?

Ei

Kyllä, mitä?

Jos sinulla on jokin terveydentilaasi tai elämäntilanteeseesi liittyvä kiireellinen asia, soita ja varaa aika terveydenhoitajan vastaanotolle.

Kaikki terveystieteissä antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Päivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Allekirjoitus