

Oppilaitos \_\_\_\_\_  
Opintolinja \_\_\_\_\_

### A YHTEYSTIEDOT

1. Nimi ja henkilötunnus	ryhmä
2. Osoite	
3. Kotikunta	
4. Puhelin	
5. Lähin omainen	Puh päivisin:

### B. TERVEYDENTILA

6. Koen itseni terveeksi	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> en osaa sanoa
7. Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva, mikä?  Missä hoidetaan:  Lääkehoito:			

8. Allergiat:
---------------

9. Onko sinulla jotakin seuraavista oireista? Merkitse jokaisen väittämän kohdalle rasti Ei/Kyllä - sarakkeeseen arviosi mukaan. Määrittele asiaa halutessasi tarkemmin sille varatussa tilassa.			
	Ei	Kyllä	Asian määrittelyä
Päänsärkyä			
Vatsavaivoja			
Univaikeuksia / väsymystä			
Huimausta tai pyörtyilyä			
Pitkittynyttä nuhaa			
Ihottumaa			
Nivelkipuja			
Selkäkipuja			
Muita toistuvia vaivoja, mitä?			
10. Mielenpitemeni pituudestani ja painostani			

11. Viimeisimmät rokotukset ja rokotusvuosi: Jäykkäkouristus / kurkkumätä (Td) _____ Tuhkarokko-, sikotauti-, vihuriokkorokotus (MPR) 1. _____ 2. _____
12. Muut rokotukset; esim. hepatiitti A tai B

13. Oletko sairastanut vesirokon?
-----------------------------------

14. Lähisuvun sairaudet (vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat):
Diabetes <input type="checkbox"/> kyllä
Sydän- / verenkiertosaireus <input type="checkbox"/> kyllä
Muita sairauksia Mitä?

### C. TERVEYSTOTTUMUKSET

15. Syön päivittäin <input type="checkbox"/> aamupalan <input type="checkbox"/> lounaan <input type="checkbox"/> päivällisen
16. Juotko maitoa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
17. Juotko energiajuomia? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
18. Onko sinulla jokin erityisruokavalio, mikä?
19. Käytätkö D-vitamiinia?
20. Onko sinulla vaikeuksia syömisen kanssa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
21. Nukun arkisin klo _____ - _____ ja viikonloppuisin klo _____ - _____
22. Vapaa-aikani vietän:
23. Kuinka paljon liikut / kuntoilet päivittäin?
24. Kuinka paljon ulkoilet päivittäin?
25. Paljonko vietät aikaa tietokoneen, television ja tv-pelien parissa päivittäin? _____
26. Pelaatko rahapelejä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
27. Tupakoin / nuuskaan (alleiviivaa) <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> säännöllisesti _____ savuketta päivässä Milloin aloitit?  Milloin olet ajatellut lopettaa?  <input type="checkbox"/> olen lopettanut

### D. OPISKELU

28. Aikaisempi koulutus / työkokemus:
29. Oppiminen on minulle <input type="checkbox"/> helppoa <input type="checkbox"/> jotkut aineet vaikeita <input type="checkbox"/> vaikeaa
30. Tunnetko opiskelevasi oikealla alalla? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
31. Koetko opiskelun sujuneen suunnitelmien mukaan? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
32. Käytkö työssä opiskelun ohella? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
33. Käytätkö tarvittaessa henkilökohtaisia suojaamia työskennellessäsi? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

## E. KYSYMYKSIÄ TYTÖILLE / NAISILLE JA POJILLE / MIEHILLE

<p><b>34. Kysymyksiä tytöille / naisille</b></p> <p>Kuukautisten alkamisikä _____ vuotta</p> <p>Vuoto kestää _____ vrk</p> <p>Kierron pituus _____ vrk</p> <p>Onko kuukautiskiertosi säännöllinen? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Onko sinulla kuukautiskipuja? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Onko sinulla kysymyksiä tai huolia ehkäisyyn tai seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>	<p><b>35. Kysymyksiä pojille / miehille</b></p> <p>Onko sinulla toinen kives huomattavasti suurempi tai vain toinen kives todettavissa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Onko sinulla kysymyksiä tai huolia ehkäisyyn tai seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>
36. Seurusteletko / oletko parisuhteessa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
37. Tarvitsetko raskauden ehkäisyä? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
38. Mitä ehkäisyä käytät	
39. Kaipaen tietoa ihmissuhteisiin liittyvistä asioista, esim. seurustelu <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	

## F. PSYKKINEN JA SOSIAALINEN HYVINVOINTI

40. Perheeseeni kuuluvat			
41. Tuletko hyvin toimeen vanhempiesi kanssa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
42. Tuletko hyvin toimeen puolisososi /seurustelukumppanisi kanssa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
43. Voin kertoa asioistani			
<input type="checkbox"/> vanhemmille	<input type="checkbox"/> puolisolle	<input type="checkbox"/> ystäville	
<input type="checkbox"/> sisaruksille	<input type="checkbox"/> jollekin muulle	<input type="checkbox"/> en kenellekään	
44. Elämässäni on tapahtunut viime aikoina:			
<input type="checkbox"/> muuttaminen	<input type="checkbox"/> vanhempien ero	<input type="checkbox"/> vanhempien uusi avio-/avoliitto	
<input type="checkbox"/> läheisen runsas alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/> läheisen masennus	<input type="checkbox"/> läheisen muu sairaus	
<input type="checkbox"/> läheisen kuolema	<input type="checkbox"/> oma sairaus	<input type="checkbox"/> ei mainittavaa muutosta	
<input type="checkbox"/> avo- / avioero	<input type="checkbox"/> perheväkivalta	<input type="checkbox"/> muu, mikä	
45. Onko sinulla tai onko sinulla ollut?			
<input type="checkbox"/> väsymystä tai uupumusta	<input type="checkbox"/> alakuloisuutta	<input type="checkbox"/> yksinäisyyttä	
<input type="checkbox"/> ahdistuneisuutta	<input type="checkbox"/> keskittymisvaikeuksia		
<input type="checkbox"/> itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia			
46. Asioita, joissa tunnen olevani hyvä:			
47. Mitä toivot tulevaisuudelta?			

48. Toiveita opiskeluterveydenhuollolle \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

## AUDIT-kysely

1 annos: 0,33 l pullo tai tölkki III-olutta tai siideriä  
12 cl lasi mietoa viiniä  
4 cl annos väkeviä

1,5 annosta: 0,5 l tuoppi tai 0,5 l pullo III-olutta

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskivolutta tai tilkan viiniä.
  - ei koskaan
  - noin kerran kuussa tai harvemmin
  - 2-4 kertaa kuussa
  - 2-3 kertaa viikossa
  - 4 kertaa viikossa tai useammin
2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?
  - 1-2 annosta
  - 3-4 annosta
  - 5-6 annosta
  - 7-9 annosta
  - 10 tai enemmän
3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?
  - en koskaan
  - harvemmin kuin kerran kuussa
  - kerran kuussa
  - kerran viikossa
  - päivittäin tai lähes päivittäin
4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?
  - ei koskaan
  - harvemmin kuin kerran kuussa
  - kerran kuussa
  - kerran viikossa
  - päivittäin tai lähes päivittäin
5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?
  - en koskaan
  - harvemmin kuin kerran kuussa
  - kerran kuussa
  - kerran viikossa
  - päivittäin tai lähes päivittäin
6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
  - en koskaan
  - harvemmin kuin kerran kuussa
  - kerran kuussa
  - kerran viikossa
  - päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
- en koskaan
  - harvemmin kuin kerran kuussa
  - kerran kuussa
  - kerran viikossa
  - päivittäin tai lähes päivittäin
8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
- en koskaan
  - harvemmin kuin kerran kuussa
  - kerran kuussa
  - kerran viikossa
  - päivittäin tai lähes päivittäin
9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
- ei
  - on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
  - kyllä, viimeisen vuoden aikana
10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?
- ei koskaan
  - on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
  - kyllä, viimeisen vuoden aikana