

Tämä haastattelulomake auttaa hoitosuunnitelmasi laadinnassa. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Ole ystävällinen ja merkitse rasti ruutuun tai anna lyhyt kirjallinen vastaus. Jos jokin kohdista jää epäselväksi, voit täyttää sen hoitajasi kanssa.

## HENKILÖTIEDOT

<b>Nimi:</b>	<b>Syntymäaika:</b>
<b>Katuosoite:</b>	
<b>Postinumero:</b>	<b>Postitoimipaikka:</b>
<b>Puhelinnumero:</b>	<b>Sähköposti:</b>

## YLEINEN TERVEYDENTILA

	Kyllä	Ei	En tiedä
<b>1. Onko yleisterveytesi tällä hetkellä hyvä?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Käytätkö säännöllisesti tai usein jotain lääkettä?</b> <i>Jos käytät, kerro tarkemmin mitä</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>3. Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista tai oireista?</b>	Kyllä	Ei	En tiedä
Sydän- tai verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämen rytmihäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydämen tahdistin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea tai matala verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hengityselinsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma / Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporoosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migreeni / toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu yleinen sairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
<b>4. Minkälaista liikuntaa harrastat tällä hetkellä?</b>			
<hr/> <hr/> <hr/>			

### Primitive skills Oy

Postiosoite: Merivirta 7, 02320 Espoo  
 Y-tunnus: 2800088-9  
 Sähköposti: info@primitiveskills.fi

## TUKI- JA LIIKUNTAELINONGELMAT

## 1. Onko sinulla jokin tai jotkut seuraavista oireista?

- Toistuva aamupäänsärky  
 Huimausta  
 Näköoireita  
 Korvien suhinaa tai vinkumista  
 Rahinaa tai naksumista leukanivelissä  
 Narskutteletteko hampaitanne  
 Yläraajojen puutumista tai voimattomuutta  
 Kömpelyyttä käsissä  
 Kipua hengittäessä  
 Selän aamujäykkyyttä  
 Selän väsymistä  
 Unettomuutta  
 Alaraajojen puutumista tai voimattomuutta

Kyllä

Ei

En tiedä

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Onko sinulla vanhoja loukkaantumisia tai vammoja tai muuta huomioitavaa?

---



---



---

## KIPUKARTTA

## 1. Kipupiiirros

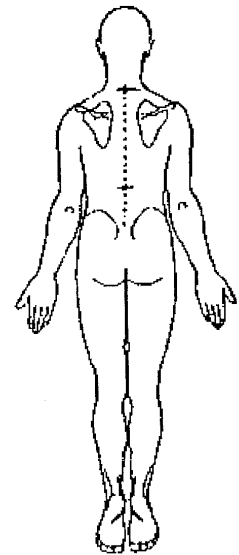
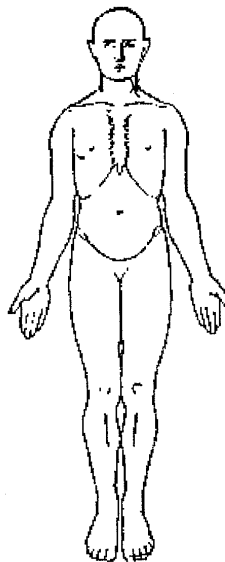
Merkitse piirroksen koko kipeä alue ja paikat, missä on ollut kipua viimeksi kuluneen viikon aikana. Käytä seuraavia merkkejä:

- särky jomotus                    xxxx  
 säteilykipu                        →  
 pistävä vihlova kipu            .....  
 puutuneisuus, turtumus        /////  
 väsymyksen, jäykkyyden tunne OOOO

## 2. Kipujana

Merkitse kivun voimakkuus edeltävän seitsemän vuorokauden ajalta rastilla janalle:

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10



## ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

## Primitive skills Oy

Postiosoite: Merivirta 7, 02320 Espoo

Y-tunnus: 2800088-9

Sähköposti: info@primitiveskills.fi