

TYÖTERVEYSTARKASTUKSEN ESITIEDOLOMAKE

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi	Etunimet	
Henkilötunnus	Osoite	
Yrityksen nimi	Osasto	Ammatti/työtehtävä

Valitse jokaisesta kysymyksestä sinulle parhaiten sopiva/sopivat vaihtoehdot. Lomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia ja ne tulevat vain työterveyshuollon ammattihenkilöiden käyttöön.

TYÖ JA TYÖHYVINVOINTI

1. Kuvaile muutamalla sanalla nykyistä työtehtävääsi.

2. Mistä koet työniloa ja mielekkyyttä työssäsi? Mitkä asiat töissä sujuvat hyvin?

3. Kuinka työn muutokset ovat vaikuttaneet työhyvinvointiisi ja miten muutoshasteisiin on työpaikalla vastattu?

4. Kuvaa usein toistuva tilanne, joka haittaa työn sujuvuutta ja/tai työssä onnistumista ja siksi harmittaa.

5. Voitko työssäsi vaikuttaa sinulle tärkeisiin asioihin (esim. työn sisältöön, kehittämiseen, määrään, työmenetelmiin)?:

1. en lainkaan 2. vähän 3. jonkin verran 4. paljon 5. erittäin paljon

6. Kuinka usein jäät ylitöihin tai viet töitä illaksi kotiin?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. päivittäin/viikoittain | <input type="checkbox"/> |
| 2. kuukausittain | <input type="checkbox"/> |
| 3. harvoin | <input type="checkbox"/> |
| 4. en koskaan | <input type="checkbox"/> |

7. Kuuluuko toimenkuvaasi/työtehtäviisi usein

vuorotyötä	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	päivää kuukaudessa
matkatyötä	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	päivää kuukaudessa
iltatilaisuuksia	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	kertaa kuukaudessa
työtä viikonloppuna	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	kertaa kuukaudessa

8. Sisältykö työhösi liiallista henkistä kuormitusta?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. ei ollenkaan | <input type="checkbox"/> |
| 2. vähän | <input type="checkbox"/> |
| 3. jonkin verran | <input type="checkbox"/> |
| 4. melko paljon | <input type="checkbox"/> |
| 5. erittäin paljon | <input type="checkbox"/> |

9. Onko työsi fyysisten vaatimusten kannalta?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. kevyttä | <input type="checkbox"/> |
| 2. melko kevyttä | <input type="checkbox"/> |
| 3. keskiraskasta | <input type="checkbox"/> |
| 4. melko raskasta | <input type="checkbox"/> |
| 5. erittäin raskasta | <input type="checkbox"/> |

Mitä odotuksia sinulla on työterveyshuollon toiminnalle suhteessa terveyteesi ja työhyvinvointiisi?

TERVEYDENTILA JA ELÄMÄNTAVAT

10. Onko sinulla ollut viimeisen puolen vuoden aikana pitkään tai toistuvasti sellaisia henkisiä tai ruumiillisia vaivoja tai oireita, jotka mielestäsi aiheutuvat työstä tai joita työ pahentaa?

Ei Mahdollisesti Kyllä

11. Voidaanko työhön liittyvin toimenpitein parantaa työssä selviämistä?

Ei Mahdollisesti Kyllä

Jos vastasit mahdollisesti tai kyllä, minkälaisia toimenpiteitä tarvitaan?

12. Miten arvioit terveydentilaasi verrattuna muihin samanikäisiin?

Hyvä tai erittäin hyvä Keskinkertainen Huono tai erittäin huono

13. Uskotko, että terveytesi puolesta pystyisit työskentelemään nykyisessä ammatissasi kahden vuoden kuluttua?

Todennäköisesti En osaa sanoa Epätodennäköisesti

14. Valitse työkykyäsi parhaiten kuvaava numero. (10 = paras mahdollinen työkyky; 0 = olen työkyvytön).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?

Ei Kyllä

16. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

Ei Kyllä

17. Onko sinulla jokin sairaus tai vaiva, johon saat jatkuvaa hoitoa tai lääkitystä?

Ei Kyllä Jos kyllä, mikä:

18. Aiheuttaako edellä mainitsemasi sairaus tai vaiva haittaa nykyisessä työssäsi?

Ei Kyllä

19. Onko ruokailurytmisi säännöllinen, syötkö terveellisesti vai onko ruokailutottumuksissasi mielestäsi parantamisen varaa?

20. Tupakoitko, poltatko piippua, käytätkö nuuskaa tai mälliä?

En Kyllä Jos kyllä, mitä

Paljonko keskimäärin päivässä?

21. Käytätkö alkoholia?

Ei Kyllä Jos käytät, montako annosta käytät viikossa?
(1 annos = 1 plo keskiolutta, 12 cl viiniä, yksi ravintola-annos väkevää alkoholia)

Aiheuttaako alkoholin käyttö sinulle terveydellisiä, sosiaalisia tai muita ongelmia?

Ei Kyllä

22. Käytätkö huumeita?

Ei Kyllä Jos käytät, niin mitä?

23. Kuinka usein viikon aikana keskimäärin harrastat kunto- tai hyötyliikuntaa vähintään 15 minuuttia kerrallaan siten, että hengästyit ja hikoilet?

24. Nukutko mielestäsi hyvin?

Kyllä En Jos et nuku hyvin, minkälaisia ongelmia sinulla on?

25. Koetko tasapainoa elämän eri osa-alueiden välillä (työ/perhe/ystävät/harrastukset)?

Kyllä En Jos et, minkälaisia ongelmia sinulla on?

26. Mitkä asiat yksityiselämässäsi koet rentouttavina ja virkistävänä sekä tuottavat sinulle mielihyvää?