

Tämä kysely auttaa sinua ja terveydenhoitajaa yhdessä arvioimaan elämäntilannettasi, terveyttäsi ja hyvinvointiasi. Täytä kysely kirjoittamalla vastauksesi tyhjiin kohtiin tai ympyröimällä lähinnä mielipidettäsi vastaava vaihtoehto. Ota täytetty terveyskysely mukaasi terveystarkastukseen. Antamasi tiedot ovat osa Kuopion kaupungin terveydenhuollon henkilörekisteriä ja tietojasi käsitellään vain hoitosuhteeseen liittyen. Tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain luvallasi.

HENKILÖTIEDOT	
Nimi	
Henkilötunnus	
Opiskeluryhmä	
Osoite	
Puhelinnumerot	
Lähiomainen / lähiomaisen yhteistiedot	

### OPISKELUKYKYYN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Oletko tyytyväinen opiskelumotivaatioosi ja opiskeluissasi etenemiseen?

- Kyllä
- En, miksi? \_\_\_\_\_
- Millaista tukea toivot opintojesi sujuvuuden edistämiseksi?  
\_\_\_\_\_

Onko sinulle tässä oppilaitoksessa tehty henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (esimerkiksi HOKS)?

- Ei
- Kyllä

Millaiseksi koet opiskeluilmapiirin?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### OMA TERVEYTESI

Millaiseksi koet fyysisen terveytesi? \_\_\_\_\_

Onko sinulla joku huoli terveydentilaasi liittyen?

- Ei
- Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

Onko sinulla todettu sairaus, vamma tai allergia?

- Ei
- Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

Käytössäsi olevat lääkkeet / valmisteet?

---

---

Oletko saanut rokotusohjelman mukaiset rokotukset?

- Ei
- Kyllä
- En tiedä
- Vesirokko: sairastettu \_\_\_ / ei sairastettu \_\_\_ / rokotettu \_\_\_ / en tiedä \_\_\_

Oletko ollut asiakkaana nyt tai aikaisemmin seuraavissa palveluissa?

Palvelu	Ei	Kyllä	Asiakkuuteni jatkuu
Kuraattoripalvelut			
Psykologipalvelut			
Mielenterveyspalvelut			
Sosiaalihuollon palvelut			
Päihdehuollon palvelut			
Muut, missä?			

Alla on kaksi kysymystä mielialasta. Ympyröi itseäsi kuvaava vaihtoehto molemmista kysymyksistä.

1. Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet tuntenut itsesi alakuloiseksi, masentuneeksi tai toivottomaksi?

- ei ollenkaan
- useana päivänä
- suurimpana osana päivistä

2. Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana olet kokenut mielenkiinnon puutetta tai vähäistä mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä?

- ei ollenkaan
- useana päivänä
- suurimpana osana päivistä

Onko sinulla ollut viimeisen kuukauden aikana alla olevia oireita?

Oireet	Ei	Kyllä
poikkeavaa ärtyneisyyden esiintymistä		
väsytys		
keskittymisvaikeudet		
univaikeudet		

### TERVEYSTOTTUMUKSET

Montako tuntia nukut vuorokaudessa? \_\_\_\_\_ tuntia

Millaiseksi koet unesi laadun?

---

Nukutko mielestäsi riittävästi? Ympyröi sopivin vaihtoehto.

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Kuvaile ruokailutottumuksesi ja ruokailuaikasi

---

---

Kuvaile liikkumistasi / harrastuksiasi

---

---

Kuvaile rentoutumis- ja palautumiskeinosi

---

---

Miten hoidat suusi terveyttä ja hampaitasi?

---

Käytätkö seuraavia päihteitä?

Päihteet	En	Kyllä
Nuuska		
Tupakka		
Alkoholi		
Kannabis		
Muut huumeet		
Lääkkeitä päihtymistarkoituksessa		

Mitä mieltä olet omasta päihteiden käytöstäsi?

---

Tukevatko omat terveystottumuksesi omaa jaksamistasi?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Koetko tarvetta keskustella seuraavista asioista?

- Seksuaalisuus
- Sukupuoli-identiteetti
- Seksuaaliterveys
- Raskauden ehkäisy
  
- Oma keho
- Joku muu asia? \_\_\_\_\_

## ELÄMÄNTILANNE

Millaiseksi koet elämäntilanteesi tällä hetkellä? \_\_\_\_\_

---

---

Kuvaile asioita, joihin olet tyytyväinen itsessäsi ja elämässäsi

---

---

Hallitseeko elämääsi jokin haitallinen asia (esim. riippuvuudet jostakin)?

- Ei
  - Kyllä, mikä? \_\_\_\_\_
- 

## SOSIAALINEN HYVINVOINTI JA TURVALLISUUS

Onko sinulla joku, jonka kanssa voit puhua elämäsi tärkeistä asioistasi?

- Kyllä
- Ei

Kuvaile tärkeimpiä ihmissuhteitasi \_\_\_\_\_

---

---

Millaiseksi koet sosiaaliset tilanteet? \_\_\_\_\_

---

Oletko kokenut kiusaamista tai ollut itse kiusaajana?

- Ei
- Kyllä

Oletko kokenut henkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

- Ei
- Kyllä

Onko sinulla huolta läheistesi hyvinvoinnista?

- Ei
- Kyllä \_\_\_\_\_

*Kiitos vastauksestasi!*