

HENKILÖTIEDOT

Nimi: \_\_\_\_\_ Hetu: \_\_\_\_\_ Ikä: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_ Postinumero: \_\_\_\_\_ Paikka: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_

Ammatti: \_\_\_\_\_ Lasten iät: \_\_\_\_\_

ONGELMAT MIHIN HAEN APUA Ensisijainen ongelma ensimmäiseksi.

1. \_\_\_\_\_ Alkamisaika: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Alkamisaika: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Alkamisaika: \_\_\_\_\_

KIVUN / ONGELMIEN KUVAAMINEN

Kipuasteikko: 0 = ei kipua, 10 = suurin mahdollinen kipu. Ympyröi **nykyinen** tilanne.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Ongelman häiritsevyyys: 0 = ei häiritse, 10 = rajoittaa täydellisesti. Ympyröi **nykyinen** tilanne.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Mikä /mitkä asiat **helpottavat** ongelmaa:

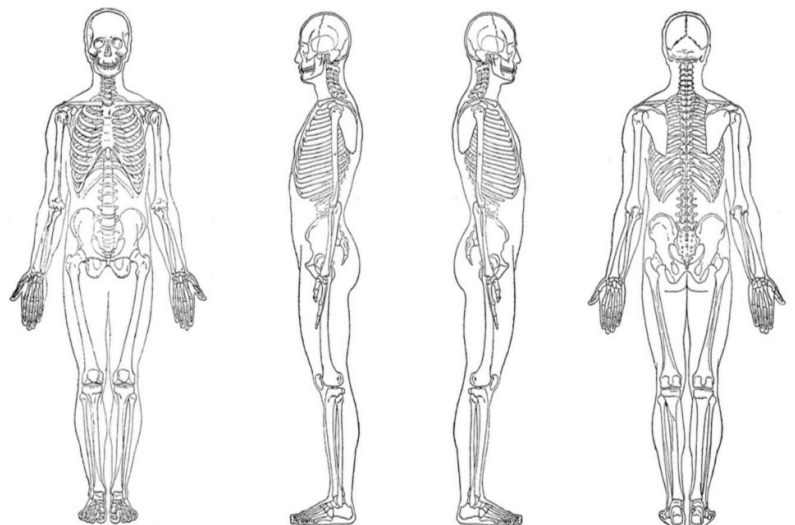
\_\_\_\_\_

Mikä /mitkä asiat **pahentavat** ongelmaa:

\_\_\_\_\_

Onko vaiva:  
Pysynyt samana   
Parempi   
Pahempi   
Vaihteleva

Onko vaivaa **enemmän**:  
Aamulla   
Päivällä   
Ilalla   
Yöllä



Piirrä kuvaan ongelma alueesi.

## AIKAISEMMAT HOIDOT, LÄÄKITYS JA TUTKIMUKSET

Mitä ja milloin on hoidettu tai tutkittu. Nykyisen vaivan vuoksi tai aikaisemmat hoidot ja tutkimukset.

Magneetti	<input type="checkbox"/>	Lääkäri	<input type="checkbox"/>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	Kiropraktikko	<input type="checkbox"/>
Ultraääni	<input type="checkbox"/>	Fysioterapia	<input type="checkbox"/>
Muu	<input type="checkbox"/>	Muu	<input type="checkbox"/>

Oletko tällä hetkellä muualla myös hoidossa: En  Kyllä  Missä: \_\_\_\_\_

Oletko tällä hetkellä sairaal lomalla: En  Kyllä  Aika: \_\_\_\_\_

Mitä lääkkeitä sinulla on **käytössä**, kuinka paljon ja mihin tarkoitukseen. **Milloin** lääke hoito aloitettu.

1. Nimi	Käyttötarkoitus	Aloitettu
2. Nimi	Käyttötarkoitus	Aloitettu
3. Nimi	Käyttötarkoitus	Aloitettu

Aikaisemmat murtumat, leikkaukset ja vakavat sairaudet.

1.	Milloin
2.	Milloin
3.	Milloin

## TERVEYDENTILA

Yleinen terveydentilani on:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Jaksamiseni töissä/päivällä on:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Jaksamiseni vapaa-ajalla on:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Nukkumiseni laatu on:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Mieleni hyvinvointi on:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Parisuhteeni /läheiset suhteet:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Stressin hallintani on:	Erinomainen	<input type="checkbox"/>	Hyvä	<input type="checkbox"/>	Kohtalainen	<input type="checkbox"/>	Heikko	<input type="checkbox"/>
Tupakoitko	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä	/ vrk		

Jos vastasit **kohtalainen tai heikko**, kirjoita mikä on **sinun mielestäsi** syynä tilanteeseen

---

---

Onko sinulla todettu jokin seuraavista sairauksista. Kirjoita alle **tarkemmat tiedot** rastittamastasi ongelmasta ja mahdollisesta hoidosta.

Verenpaine	<input type="checkbox"/>	Sydänsairaus	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Reuma	<input type="checkbox"/>
Kilpirauhanen	<input type="checkbox"/>	Suolistovaiva	<input type="checkbox"/>	Allergia	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>
Masennus	<input type="checkbox"/>	Autoimmuuni	<input type="checkbox"/>	Osteoporoosi	<input type="checkbox"/>	Muu	<input type="checkbox"/>

---

---

## RAVINTO

Ruokailu tottumukset ja tavat. Kirjoita alle **tarkennus tilanteestasi** tarvittaessa. Kirjoita jos on erityinen syy tiettyyn tapaan.

Onko ruokailutottumuksesi terveyttäsi tukevia:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Ruokailenko säännöllisesti:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Teetkö itse ruokaa ja osaatko tarvittaessa:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Oletko väsynyt ruokailun jälkeen:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Onko sinulla himoja makeaa tai suolaista kohtaan:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Vaikuttaako verensokerin vaihtelu mielialaasi:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Noudatatko jotain erityisruokavaliota:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>

Ovatko juoma tottumuksesi terveyttäsi tukevia:	Aina	<input type="checkbox"/>	Yleensä	<input type="checkbox"/>	Harvoin	<input type="checkbox"/>
Juotko kahvia:	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä _____	/ vrk
Juotko vettä:	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä _____	/ vrk
Juotko virvoitusjuomia:	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä _____	/ vrk
Juotko hedelmämehuja:	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä _____	/ vrk
Juotko energiajuomia:	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä _____	/ vrk
Juotko alkoholia:	Kyllä	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	Määrä _____	/ vk

---

---

Mitä ravintolisiä käytät. Kirjoita alle muut ravintolisät ja luontaistuotteet.

Monivitamiini	<input type="checkbox"/>	C-vitamiini	<input type="checkbox"/>	B-vitamiinit	<input type="checkbox"/>	Sinkki	<input type="checkbox"/>
Magnesium	<input type="checkbox"/>	B-12 vitamiini	<input type="checkbox"/>	Seleeni	<input type="checkbox"/>	A-vitamiini	<input type="checkbox"/>
Omega 3	<input type="checkbox"/>	D-vitamiini	<input type="checkbox"/>	E-vitamiini	<input type="checkbox"/>	Muu	<input type="checkbox"/>

---

---

## LIIKUNTA

Onko liikuntatottumukset terveystäsi tukevia: Aina  Yleensä  Harvoin   
Onko liikunta säännöllistä arjessasi: Aina  Yleensä  Harvoin   
Kuinka usein liikut viikon aikana: 4 - 6x  2 - 3x  0 - 1x   
Kuinka usein hikoilet ja hengästyit viikon aikana: 4 - 6x  2 - 3x  0 - 1x   
Nautitko liikunnasta: Aina  Yleensä  Harvoin   
Kipeytyvätkö lihaksesi tai kehosi usein liikunnasta: Aina  Yleensä  Harvoin

Mitä liikuntamuotoja harrastat. Kirjoita alle **tarkennus tilanteestasi** tarvittaessa.

Kävely  Juoksu  Uinti  Pyöräily   
Jalkapallo  Jääkiekko  Kuntosali  Tanssi   
kampailulajit  Lentopallo  Jumpat  Muu

---

---

## MUUT HARRASTUKSET JA TAVAT

Kirjoita alle asiat joita **harrastat** ja muut asiat, jotka ovat elämässäsi **tärkeitä**.

Kuinka paljon istut päivän aikana: >8h  4 - 8h  0 - 3h   
Kuinka paljon vietät ATK:n laitteiden kanssa aikaa: >8h  4 - 8h  0 - 3h   
Kuinka paljon SOMEa käytät päivässä: >2h  1 - 2h  0 - 1h   
Meditoitko / rukoiletko / hiljennytkö päivittäin: Aina  Yleensä  Harvoin   
Teetkö päivittäin sinulle tärkeitä asioita: Aina  Yleensä  Harvoin

---

---

## TERVEYDELLISET HAASTEET

Mikä tai mitkä asiat ovat suurimmat terveydelliset haasteet mielestäsi.

---

---

## TERVEYDELLISET TAVOITTEET HOIDOSTA

Mitä odotuksia ja terveydellisiä tavoitteita sinulla on hoidosta.

---

---

Mistä kuulin Kiropraktikko Markus Lehtosen palveluista: Tutulta  Netistä  Mainos

Suosittelijasi nimi

---