**Käynnin syy**  selkävaiva □ niskavaiva □ yläraajavaiva □ alaraajavaiva □

**Nimi** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ammatti** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teillä jokin seuraavista?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sydän- ja verisuonisairaudet | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kohonnut verenpaine | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Metabolinen oireyhtymä/diabetes | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Neurologinen sairaus | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tuki- ja liikuntaelinsairaus | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hengityselinsairaus | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Migreeni | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Reuma | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kilpirauhasen sairaus | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pahanlaatuinen kasvain | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mielenterveyden häiriö /stressiä | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Allergia | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Osteoporoosi | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Muu sairaus | Ei | Kyllä | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Onko teillä kahden viimeisen viikon aikana ollut:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kuumeilua | Ei | Kyllä | Painonlaskua | Ei | Kyllä |
| Yleiskunnon laskua | Ei | Kyllä | Rintakipua rasituksessa | Ei | Kyllä |
| Kipua hengitettäessä | Ei | Kyllä | Huimausta | Ei  | Kyllä |
| Jatkuvaa päänsärkyä | Ei | Kyllä | Vatsavaivoja | Ei | Kyllä |
| Tulehdustauti | Ei | Kyllä | Virtsan-/ ulosteenpidä- |  |  |
| Raajojen voimattomuutta | Ei | Kyllä | tysvaikeutta/virtsaumpi | Ei | Kyllä |
|  |  |  | Kiveskipua | Ei  | Kyllä |
| **Tupakoitteko?** | En | Kyllä | **Oletteko raskaana?** | En | Kyllä |

**Kuinka usein harrastatte liikuntaa/liikuntamuoto?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teillä säännöllinen lääkitys?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oletteko ollut osallisena tapaturmassa/onnettomuudessa?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teillä nykyinen kipu/vaiva ensimmäistä kertaa?** Ei Kyllä

**Onko teille tehty röntgen- tai magneettikuvaus nykyiseen kipuun/vaivaan liittyen?** Ei Kyllä

**Oletteko ollut leikkauksessa nykyisen vaivan tai jonkin muun syyn takia?** Ei Kyllä

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kauanko nykyinen kipu/vaiva on kestänyt?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mistä ajattelette sen alkaneen/johtuvan?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mitä kipulääkettä olette käyttäneet?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mitkä liikkeet/asennot aiheuttavat/pahentavat kipua?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Mitkä liikkeet/asennot helpottavat kipua?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kuinka voimakasta kipu on ollut keskimäärin viimeisen 2 vuorokauden aikana? Ympyröikää numero, joka kuvaa parhaiten kivun voimakkuutta.**

ei lainkaan kipua 0\_\_\_1\_\_\_2\_\_\_3\_\_\_4\_\_\_5\_\_\_6\_\_\_7\_\_\_8\_\_\_9\_\_\_10 pahin mahdollinen kipu

**Oletetaan, että työkykysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä. Minkä pistemäärän annat tämän hetkiselle työkyvyllesi?**

täysin työkyvytön 0\_\_\_1\_\_\_2\_\_\_3\_\_\_4\_\_\_5\_\_\_6\_\_\_7\_\_\_8\_\_\_9\_\_\_10 työkyky parhaimmillaan



