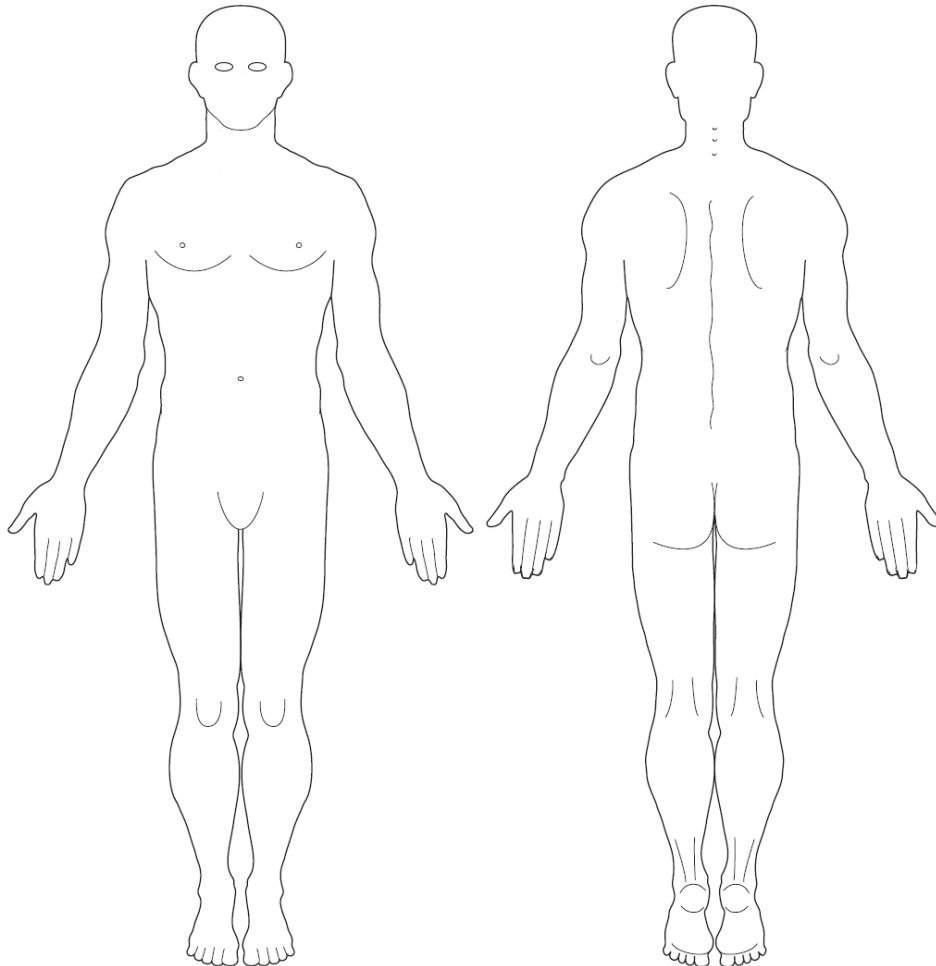


Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus	
Katuosoite		Postinumero	
Puhelin koti	Puhelin työ	Sähköpostiosoite	
Ammatti		Työnantaja	
Laskutusosoite		Postinumero ja -toimipaikka	
Minkä vaivan vuoksi tulette fysioterapiaan?			
Millainen on toimintakykynne tällä hetkellä?			
Miten vaiva alkoi?			
Vaiva on kestänyt			
	vuotta	kuukautta	viikkoa
			päivää
Vaiva alkoi			
<input type="checkbox"/> vähitellen	<input type="checkbox"/> äkillisesti	<input type="checkbox"/> vamman yhteydessä, miten?	
Kipua esiintyy			
<input type="checkbox"/> aamulla	<input type="checkbox"/> päivällä	<input type="checkbox"/> illalla	<input type="checkbox"/> yöllä
<input type="checkbox"/> jatkuvasti	<input type="checkbox"/> ajoittain, milloin?		
Kipu on		Kipu ilmenee	
<input type="checkbox"/> pysynyt samana	<input type="checkbox"/> vähentynyt	<input type="checkbox"/> pahenee	<input type="checkbox"/> työssä
			<input type="checkbox"/> kotona
			<input type="checkbox"/> harrastuksessa
Mikä pahentaa kipua?			
Mikä helpottaa kipua?			
Miten nukutte yöne?			

Valitkaa kohta, joka parhaiten kuvaa yleistä aktiivisuuden tasoanne edellisen kuukauden aikana	
0 - 1	En harrasta säännöllistä vapaa-ajan liikuntaa tai tee töitä, jotka vaativat raskaita fyysisiä ponnisteluja
2 - 3	Harrastan säännöllistä vapaa-ajan liikuntaa tai teen töitä, jotka vaativat kohtuullista fyysistä ponnistelua (esim. golf, ratsastus, voimistelu, pöytätennis, keilailu, kuntosaliharjoittelu tai puutarhatyöt.)
4 - 7	Harrastan säännöllisesti raskasta vapaa-ajan liikuntaa (esim. juoksu, hölkkä, uinti, pyöräily, soutu, naruhyppely tai muu raskas aerobisesti kuormittavaa laji, kuten tennis, kori- tai käsipallo.)

Onko teillä jokin seuraavista sairauksista?	Kyllä	Ei		Kyllä	Ei
Sydän- ja verisuonisairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletteko ollut tapaturmassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oletteko raskaana tai imetättekö?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokeritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onko teitä leikattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarttuva veritauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onko teillä allergiaa tai yliherkkyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöpä, pahanlaatuinen kasvain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onko teillä sydämen tahdistin tai muu elektronisesti toimiva implantti (esim. lääkepumppu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuta (murtuma tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallia kudoksessa (esim. keino nivel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytättekö jotain lääkitystä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Jos kyllä, niin lääkkeen nimi					

Merkitkää kuvaan oireilevat alueet, joissa on ollut kipua viimeisten 7 vrk aikana



Miten paha kipunne on asteikolla 0-10?
Ympyröikää sopiva arvo.

Ei kipua	0
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
Sietämätön kipu	10

Kuntoutumisen onnistumisen kannalta tärkeitä asioita ovat tavoitteet ja niihin sitoutuminen.
Mikä on tavoitteenne fysioterapian suhteen?

Mitä olette itse valmis tekemään saavuttaaksenne tavoitteenne?

Haluan saada jatkossa tietoa Kinesiostudio Boulén palveluista