

Tämän lomakkeen tarkoituksena on tukea fysioterapian hoitosuunnitelmasi laadintaa. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Mikäli jokin kohdista jää epäselväksi, voit täyttää sen yhdessä fysioterapeutin kanssa.

Nimi: \_\_\_\_\_

Päivämäärä: \_\_\_/\_\_\_ 200\_\_

Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Postinumero ja –toimipaikka: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_ (koti) \_\_\_\_\_ (työ)

Ammatti / työnantaja: \_\_\_\_\_

Kuvaile omin sanoin tämänhetkistä vaivaasi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piirrä alla olevaan kuvaan, annettuja merkkejä apuna käyttäen, ne kehosi alueet, joissa sinulla on oireita

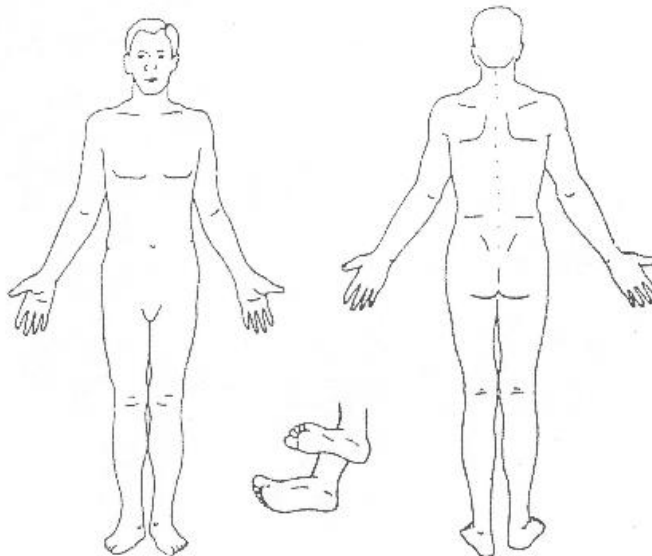
Särky, jomotus                      XXX

Pistävä, vihlova kipu            ••••

Puutuneisuus                    /////

Säteilykipu                        →→→

Väsyminen/  
jäykkyys                            OOO



Arvioi kivun/oireen voimakkuutta alla olevaa janaa apuna käyttäen. Merkitse kivun/oireen voimakkuus rastilla janalle (X).

0 \_\_\_\_\_ 10

Ei lainkaan kipua/oireita

Pahin mahdollinen kipu/oire

Vaiva on kestänyt \_\_\_ vuotta  
\_\_\_ kuukautta  
\_\_\_ viikkoa  
\_\_\_ vuorokautta

Vaiva alkoi \_\_\_ pikkuhiljaa \_\_\_ yhtäkkisesti  
\_\_\_ vamman yhteydessä, miten? \_\_\_\_\_

---

Vaiva on \_\_\_ pysynyt samanlaisena  
\_\_\_ tullut paremmaksi  
\_\_\_ pahentunut

Vaiva on luonteeltaan \_\_\_ jatkuvaa \_\_\_ ajoittaista

Oireita esiintyy \_\_\_ aamulla \_\_\_ päivällä  
\_\_\_ illalla \_\_\_ yöllä

Oireita helpottaa: \_\_\_\_\_

---

Oireita pahentaa: \_\_\_\_\_

---

Missä toiminnoissa vaiva/kipu rajoittaa sinua?  
\_\_\_ työssä \_\_\_ kotona \_\_\_ harrastuksessa

Kuvaile rajoittunutta toimintaa.

---

---

---

Oletko ollut ko. vaivan takia aiemmin fysioterapiassa? \_\_\_ en \_\_\_ kyllä

Oletko sairaslomalla: \_\_\_ en \_\_\_ kyllä, ajanjakso: \_\_\_\_\_

Onko sinulla jokin seuraavista:

\_\_\_ verenpaine \_\_\_ reuma \_\_\_ stressi  
\_\_\_ sydänsairaus \_\_\_ kasvain \_\_\_ masennus  
\_\_\_ hengityselinten sairaus \_\_\_ tartuntatauti \_\_\_ jokin muu sairaus, mikä?  
\_\_\_ diabetes \_\_\_ kuumeilua \_\_\_\_\_

\_\_\_ sydämen tahdistin tai muu elektronisesti toimiva implantti (esim. lääkepumppu)

\_\_\_ metallia kudoksessa (esim. keinonivel)

\_\_\_ raskaus

---

Onko sinulla jokin säännöllinen lääkitys? \_\_ ei \_\_ kyllä, mikä? \_\_\_\_\_

---

Onko fyysinen kuntosi mielestäsi \_\_ erinomainen \_\_ hyvä \_\_ kohtalainen \_\_ huono

Harrastatko säännöllistä liikuntaa? \_\_ en \_\_ kyllä, mitä/kuinka usein?

---

---

Mitä muita harrastuksia sinulla on?

---

---

Mitä odotat fysioterapialta?

---

---

---

---

---

---

---

---

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_ Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

---