

Nimi:	Henkilötunnus:
-------	----------------

Minkä oireen tai vaivan takia tulette fysioterapiaan?

Kuinka kauan oireita on ollut?

Missä toiminnoissa vaiva/kipu ilmenee? Työssä?	Vapaa-aikana?
--	---------------

Kuvaile oiretta/vaivaa. Miten alkoi? Mihin vuorokauden aikaan on eniten tuntemuksia?

Onko teillä jotain seuraavista sairauksista? Kohonnut verenpaine Sydän- ja verisuonisairaus

Sydämen rytmihäiriöitä Diabetes Huimaus Toistuva päänsärky

Migreeni Reuma Kasvain Astma

Muu hengityselinsairaus Munuaissairaus Maksasairaus Stressi

Masennus Kuumeilu Tartuntatauti Murtuma

Muu sairaus, mikä?

Käytättekö lääkkeitä? Ei Kyllä, mitä?

Tupakoitteko? Ei Kyllä

Onko vaiva-alueesta otettu RTG- tai muu kuva? Ei Kyllä, mikä?

Oletteko tällä hetkellä muussa hoidossa? Ei Kyllä

Arvioi kivun määrää (0 ei kipua - 10 sietämätön kipu)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PIIRRÄ oheiseen kuvaan alla olevia merkkejä apuna käyttäen kehosi kipualueet

Alue, jossa väsymistä ja jäykkyyttä 000000000
 säteilykipu ->
 särky, jomotus xxxxxxxxxxx
 pistävä, vihlova kipu ++++++++
 puutuneisuus, turtumus //////////////

