

Frågeformulär hälsokontroll



Inför läkarledd hälsoundersökning

Personuppgifter

Namn	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
Personnummer	<input type="text"/>	Yrke	<input type="text"/>

Socialt

Gift/Sambo Ensamstående

Eventuellt antal barn:

Vanor

Rörelse:

Mest stillasittande	Ja	Nej
Vardagsmotion (promenader, cykel)	Ja	Nej
Regelbunden träning	Ja	Nej

Kost:

Äter du på regelbundna tider?	Ja	Nej
Är du medveten om vad goda kostvanor är?	Ja	Nej
Är du nöjd med din kost och matvanor?	Ja	Nej

Tobak:

Röker du?	Ja	Nej
Har du rökt men slutat?	Ja	Nej
Snusar du?	Ja	Nej

Om ja, hur mycket?

Alkohol:

Hur ofta dricker du öl, vin eller starksprit?

Aldrig Några gånger per månad Någon gång per vecka Flera gånger per vecka

Hur mycket dricker du i genomsnitt per vecka?

Hur många glas öl?(45 cl)

Hur många glas vin?(15 cl)

Hur många glas sprit?(4 cl)

Droger:

Hur ofta använder du droger?

Aldrig Några gånger per månad Någon gång per vecka Flera gånger per vecka

Sjukdomar/hälsa

Ärftlighet:

Har någon av dina föräldrar/syskon haft någon av följande sjukdomar före 65 års ålder?

Hjärtinfarkt eller stroke	Ja	Nej
Högt blodtryck	Ja	Nej
Diabetes	Ja	Nej
Astma/allergi	Ja	Nej

Dina tidigare sjukdomar:

Har du eller har haft kontakt med sjukvården med anledning av något av följande?

Astma/KOL/Allergi	Ja	Nej
Hjärtsjukdom	Ja	Nej
Högt blodtryck	Ja	Nej
Diabetes	Ja	Nej
Besvär från rörelseapparaten	Ja	Nej

Andra sjukdomar/besvär?

Har du varit inlagd på sjukhus senaste 5 åren?	Ja	Nej
Sjukskriven i mer än 4 veckor senaste året?	Ja	Nej
Går du regelbundet hos läkare?	Ja	Nej
Äter du regelbundet medicin/er?	Ja	Nej

I så fall vilka?

Nuvarande hälsotillstånd:

Har du besvär med?

Astma/allergi	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Rörelseapparaten	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Hjärta/Lungor	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Mage/tarm	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Eksem/hudbesvär	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Sömnproblem	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Oro/nedstämdhet	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Hörsel	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta
Ögonen	Aldrig	Sällan	Ibland	ofta	Mycket ofta

Hur upplever du just nu ditt hälsotillstånd?

Mycket dåligt Ganska dåligt Ganska bra Mycket bra

Oroar du dig över din hälsa?

Ja Nej

Arbete

Anställningsform:

Anställd Egenföretagare

Jag arbetar:

Heltid Deltid Skift Annat

Arbetar du övertid?

Ja Nej

Om ja, hur många timmar per vecka?

Arbetsmiljö:

Uppfattar du dina arbetsuppgifter som stimulerande och engagerande?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Är din arbetsuppgifter tillräckligt omväxlande?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Får du veta om du gör ett bra jobb?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Känner du glädje/lust att gå till jobbet?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Är gemenskapen på ditt arbete bra?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Får du stöd/hjälp när du har problem i arbetet?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Känner du dig stressad av arbetet?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Kan du koppla av när du är ledig?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Känner du att du har möjlighet att påverka din arbetssituation? (tider, mängd arbete mm)

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Känner du oro för att din arbetssituation skall ändras pga omorganisation, nya arbetssätt?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Är din kontakt/samarbete med arbetsledningen bra?

Ja, oftast Ja, ibland Nej, sällan Nej, aldrig

Övriga frågor/funderingar som du önskar ta upp med läkare vid hälsokontroll: