



Espoon terveystakeskus
Avofysioterapia
Pvm _____

Esitietolomake

Nimi _____ **Sosiaaliturvatunnus** _____

Työnkuvaus _____

Tulosyy _____

Lääkkeet _____

Rtg- ja muut tutkimukset _____

Muut sairaudet _____

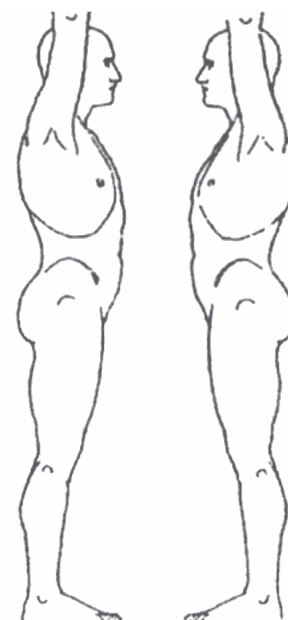
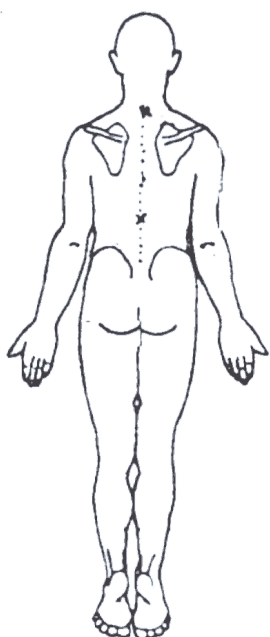
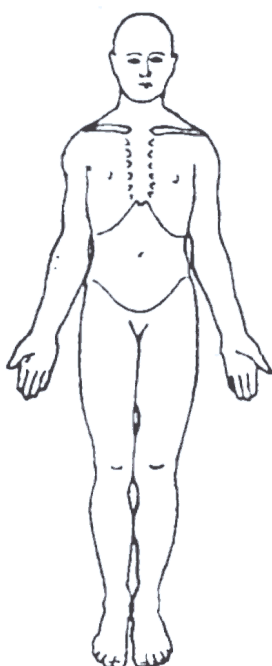
Aikaisempi fysioterapia _____

Liikuntatottumukset / harrastukset _____



Taulukko:

Haittaavatko oireesi	paljon	jonkin verran	ei ollenkaan
liikkumista			
töiden tekemistä/ koulunkäyntiä			
vapaa-aikaa / harrastuksia			
kotitöitä			
pukeutumista			
yöunia			
jotain muuta tekemistä, mitä?			

**Kipupiiirros**

Merkitkää alla oleviin ihmishahmoihin kipualue XXXX edestä takaa sivulta

Kipujana

Merkitse janalle rasti siihen kohtaan mikä parhaiten kuvaa kivun määrää viimeisen viikon aikana

0 ei lainkaan kipua

10 pahin mahdollinen kipu
10 cm jana

