

pvm _____

Nimi _____
Lähiosoite _____
Postinumero _____
Postitoimipaikka _____

Syntymäaika _____
Puhelinnumero _____
Ammatti _____

Minkä oireen/ ongelman takia tulette vastaanotolle?

Sairaudet, lääkitys leikkaukset ja tapaturmat (murtumat tms.)

Vaiva/ oire alkoi Pikkuhiljaa Yht'äkkiä Vamman yhteydessä
Vaiva/ oire alkoi Pysynyt samana On nyt parempi Pahenee yhä
Vaiva/ oire alkoi Aamulla Päivällä Illalla Yöllä Ajoittain

Kuinka kova kipunne on asteikolla 0-10?

Ei kipua

0

Sietämätön

10

KIPUPIIRROS

Piirrä vieressä olevaan kuvaan alueet, joissa on kipua/ vaivaa.

Kipu xxx

Puutuminen 

