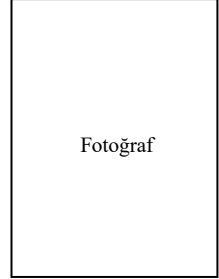


İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN			
Ünvanı			
SGK Sicil No.			
Adresi			
Tel ve faks			
E-Posta			
İşe giriş/periodyk muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanın Adı Soyadı İMZA			

ÇALIŞANIN			
Adı ve soyadı			
T.C.Kimlik No			
Doğum Yeri ve Tarihi			
Cinsiyeti			
Eğitim durumu			
Medeni durumu	Çocuk sayısı		
Ev Adresi			
Tel No./e-posta			
Mesleği			
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)			
Çalıştığı bölüm			
Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)	İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi
1.			
2.			
3.			
Özgeçmişi			
Kan grubu			
Konjenital/kronik hastalık			
Bağışıklama			
- Tetanoz			
- Hepatit			
- Diğer			
Soygeçmişi(kronik hastalık,bağışıklama)			
Anne	Baba	Kardeş	Çocuk
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?	Hayır	Evet	
- Balgamlı öksürük	*		
- Nefes darlığı			
- Göğüs ağrısı			
- Çarpıntı			
- Sırt ağrısı			
- İshal veya kabızlık			
- Eklemlerde ağrı			
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?	Hayır	Evet	
- Kalp hastalığı			



- Şeker hastalığı	*	
- Böbrek rahatsızlığı	*	
- Sarılık	*	
- Mide veya on iki parmak ülseri	*	
- İşitme kaybı	*	
- Görme bozukluğu	*	
- Sinir sistemi hastalığı	*	
- Deri hastalığı	*	
- Besin zehirlenmesi	*	

3. Hastanede yattınız mı?	Hayır		Evet ise tanı ?	Bel kırığı ameliyatı
4. Ameliyat geçirdiniz mi?	Hayır		Evet ise neden ?	*
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır	*	Evet ise ne oldu ?	
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutulduunuz mu?	Hayır	*	Evet ise sonuç ?	
7. Maluliyet aldınız mı?	Hayır	*	Evet ise nedir ve oranı ?	
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	Hayır	*	Evet ise nedir ?	

9. Sigara içeriyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmışay/yıl önceay/yıl içmişadet/gün içmiş
	Evet	* ..35.....yıldıradet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmışyıl önceyıl içmişsıklıkla içmiş
	Evet	* .25.....yıldıraralık.....sıklıkla	

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

a) Duyu organları	
- Göz	
- Kulak-Burun-Boğaz	
- Deri	
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi	
c) Solunum sistemi muayenesi	
d) Sindirim sistemi muayenesi	
e) Ürogenital sistem muayenesi	
f) Kas-iskelet sistemi muayenesi	
g) Nörolojik muayene	
G) Psikiyatrik muayene	
h) Diğer	
-TA :	/ mm-Hg
-Nb :	/ dk.
-Boy:	Kilo: Vücut Kitle İndeksi :

LABORATUVAR BULGULARI

a) Biyolojik analizler	
- Kan	
- İdrar	
b) Radyolojik analizler	
c) Fizyolojik analizler	
- Odyometre	
- SFT	
d) Psikolojik testler	
e) Diğer	

KANAAT VE SONUÇ * :

1- işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

2- şartı ile çalışmaya elverişlidir

(*Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışamayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet teçhizat vs... bulunması durumunda çalışan için bu koşullarla çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.)

İMZA

Adı ve Soyadı :

..... / / 20.....

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: