

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN			
Unvanı :			
SGK Sicil No :			
Adresi :			
Tel No :			
Faks No :			
E-posta :			
İşe giriş/periodyk muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanım:			
Adı Soyadı :			
İmzası :			
FOTOĞRAF			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı :			
T.C.Kimlik No :			
Doğum Yeri ve Tarihi :			
Cinsiyeti :			
Eğitim Durumu :			
Medeni Durumu :	Çocuk Sayısı : ...		
Ev Adresi :			
Tel No :			
Mesleği :			
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :			
Çalıştığı bölüm :			
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):			
<u>İşkolu</u>	<u>Yaptığı iş</u>	<u>Giriş-çıkış tarihi</u>	
1-			
2-			
3-			
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu			
Konjenital/kronik hastalık			
Bağışıklama :			
Tetanoz :			
Hepatit :			
Diğer :			
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	Baba:	Kardeş:	Çocuk:
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>			
Balgamlı öksürük : <input type="checkbox"/>	Göğüs ağrısı : <input type="checkbox"/>	Sırt ağrısı : <input type="checkbox"/>	Eklemlerde ağrı : <input type="checkbox"/>
Nefes darlığı : <input type="checkbox"/>	Çarpıntı : <input type="checkbox"/>	İshal veya kabızlık : <input type="checkbox"/>	
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>			
Kalp hastalığı : <input type="checkbox"/>	Sarılık : <input type="checkbox"/>	Görme bozukluğu : <input type="checkbox"/>	Besin zehirlenmesi : <input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı : <input type="checkbox"/>	Mide veya on iki parmak ülseri : <input type="checkbox"/>	Sinir sistemi hastalığı : <input type="checkbox"/>	
Böbrek rahatsızlığı : <input type="checkbox"/>	İşitme kaybı : <input type="checkbox"/>	Deri hastalığı : <input type="checkbox"/>	

3. Hastanede yattınız mı?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise tanı
4. Ameliyat oldunuz mu?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise neden?
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise ne oldu?
6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise sonuç?
7. Maluliyet aldınız mı?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise nedeni ve oranı
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise nedir?
9. Sigara içiyor musunuz?	Hayır: <input type="checkbox"/>	bırakmış ... ay/yıl önce ... ay/yıl içmiş adet/gün içmiş
	Evet : <input type="checkbox"/> yıldır adet/gün
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input type="checkbox"/>	bırakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla içmiş
	Evet : <input type="checkbox"/> yıldır sıklıkla

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

a) Duyu organları	Göz: <input type="checkbox"/>	Kulak-Burun-Boğaz: <input type="checkbox"/>	Deri: <input type="checkbox"/>
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi			
c) Solunum sistemi muayenesi			
ç) Sindirim sistemi muayenesi			
d) Ürogenital sistem muayenesi			
e) Kas-iskelet sistemi muayenesi			
f) Nörolojik muayene			
g) Psikiyatrik muayene			
ğ) Diğer	TA : .../ ... mmHg	Nb: /dk	
	Boy:	Kilo: Vücut kitle indeksi:	

LABORATUVAR BULGULARI

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

KANAAT VE SONUÇ(*)

1-	işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
2-	şartıyla 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	:
Diploma tarih ve no	:
İşyeri hekimliği belgesi tarih ve no	: