

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN				Fotoğraf	
Ünvanı					
SGK Sicil No.					
Adresi					
Tel ve faks					
E-Posta					
İşe giriş/periodyodik 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					
Soy geçmişi(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					
- Eklemelerde 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 ?	
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 içiyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmış	ay/yıl önce	ay/yıl içmiş	adet/gün içmiş
	Evet	yıldır	adet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmış	yıl önce	yıl içmiş	sıklıkla içmiş
	Evet	yıldır	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	
Ğ) 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- içinde 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 :

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

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