

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN		Fotoğraf	
Unvanı			
SGK Sicil No.			
Adresi			
Tel ve faks			
E-Posta			
İşe giriş/periodydik 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			
Çalıştığı bölüm			
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden 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			
- Eklemelerde ağrı			
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?			
- Kalp hastalığı			
- Şeker hastalığı			
- Böbrek rahatsızlığı			

- Sarılık				
- Mide veya on iki parmak ülseri		Hayır		Evet
- 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
	Evet		 yıldır	 adet/gün/
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmış		 yıl önce	 yıl 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				
-Nabız / dk.				
-Boy / Ağırlık: 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

Gece çalışması uygundur ☐

Gece çalışması uygun değildir ☐

(*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: