

**İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU****İŞYERİNİN :**

Unvanı:  
SGK Sicil No:  
Adresi:  
Tel No:  
Faks No:  
E-posta:

**İşe giriş/periyojik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.**

**Çalışanın Adı Soyadı**  
**İMZA**

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):

İşkolu :

Yaptığı iş:

Giriş-çıkış tarihi:

- 1.
- 2.
- 3.

**Özgeçmişi :**

Kan grubu:  
Konjenital/kronik hastalık:  
Bağışıklama:  
- Tetanoz:  
- Hepatit:  
- Diğer:

**Soy geçmişi:**

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 biri için teşhis konuldu mu?

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 oldunuz mu?

Hayır Evet ise neden?.....

5. İş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise ne oldu?.....

6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldu musunuz?

Hayır Evet ise sonuç.....

7. Maluliyet aldınız mı?

Hayır Evet ise nedeni 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.

- 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 İndeksi:

#### **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:**