

	İŞE GİRİŞ/ PERİYODİK MUAYENE FORMU	DOK NO : İSG-PR-07
		YAY. TARİHİ :
		REV. NO : 00
		REV. TARİHİ :

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.	Çalışanın: 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: ☐ Evet: ☐			
Balgamlı öksürük	: ☐	Göğüs ağrısı	: ☐
Sırt ağrısı	: ☐	Eklemlerde ağrı	: ☐
Nefes darlığı	: ☐	Çarpıntı	: ☐
İshal veya kabızlık	: ☐		
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu? Hayır: ☐ Evet: ☐			
Kalp hastalığı	: ☐	Sarılık	: ☐
Görme bozukluğu	: ☐	Besin zehirlenmesi	: ☐

	İŞE GİRİŞ/ PERİYODİK MUAYENE FORMU	DOK NO : İSG-PR-07
		YAY. TARİHİ :
		REV. NO : 00
		REV. TARİHİ :

Şeker hastalığı : ☐	Mide veya on iki parmak ülseri: ☐	Sinir sistemi hastalığı : ☐
Böbrek rahatsızlığı : ☐	İşitme kaybı: ☐	Deri hastalığı: ☐
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 tutulduunuz mu? 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 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 bedenlen 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 :