



İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman. Kodu: KU. FR.44

Yayın Tarihi: 24.01.2022

Revizyon Tarihi: 11.02.2022

Revizyon no: 01

Sayfa No:1/2

İŞYERİNİN

Unvanı

SGK Sicil No.

Adresi

Tel. Ve 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

Ev Adresi

Tel ve E-Posta

Mesleği

Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)

Çalıştığı Bölüm

Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)

İş Kolu

Yaptığı İş

Giriş-Çıkış Tarihi

1.

2.

3.

Özgeçmişi

Kan Grubu

Konjenital/Kronik Hastalık/Allerji

Bağışıklama (Son aşı tarihi belirtilecek)

-Tetanoz

-Hepatit

-Diğer (Covid-19 vs.)

Soy Geçmişi (Ölü/Sağ, Kronik Hastalık)

Anne

Baba

Kardeş

Çocuk

TIBBİ ANAMNEZ (Son bir yıl içinde tekrarlayan belirtiler)

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 birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

-Kalp hastalığı

-Şeker Hastalığı

-Böbrek Hastalığı

-Sarılık

-Mide veya on iki parmak ülseri

-İşitme Kaybı

-Görme Bozukluğu

-Sinir sistemi hastalığı



YALOVA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman Kodu: KU. FR.44

Yayın Tarihi:24.01.2022

Revizyon Tarihi: 11.02.2022

Revizyon no: 01

Sayfa No:2/2

-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 hastalığı şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutuldunuz mu?	Hayır		Evet, ise sonuç?	
7.Maluliyet aldınız mı?	Hayır		Evet, ise nedir ve oranı?	
8.Şu anda herhangi bir tedavi görüyorsunuz mu?	Hayır		Evet, ise nedir?	
9.Sigara içiyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmış		...ay/yıl önce	...ay/yıl içmiş
	Evet		...yıdır	...adet/gün içmiş
10.Alkol alıyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmış		... Yıl önce	... Yıl içmiş
	Evet		...yıdır	...sıklıkla içmiş

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	

KANAAT VE SONUÇ* :

1-işinde 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

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

Adı Soyadı:

Diploma Tarihi ve No:

Diploma Tescil tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi ve Tarih No:

İşyeri Hekimince periyodik muayenem yapılmış olup tetkik sonuçları hakkında bilgilendirildim.

Personel Adı Soyadı, İmza: