



PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN

Unvanı	
SGK Sicil No.	
Adresi	
Tel ve faks	
E-Posta	

Fotoğraf

İşe giriş/periodyk 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.		
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	
- Tetanos	
- 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		
- 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	Hayır				
	Bırakmış		.....ay/yıl önce	.....ay/yıl içmiş	.....adet/gün içmiş
	Evet		.....yıldır	.....adet/gün	
10. Alkol alıyor	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	
g) 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.....İşinde 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.)

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

İMZA

Adı ve Soyadı:

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: