

**ADOK-OSGB**  
ORTAK SAĞLIK GÜVENLİK BİRİMİ  
**İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU**

EK-2

**İŞYERİNİN**

Ünvanı		Fotoğraf
SGK/Bölge Müd Sicil No		
Adresi		
Telefon No		
Faks No		
E-Posta	@	
İşe giriş / periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.		Çalışan Adı Soyadı / İMZA

**İŞÇİNİN**

Adı ve Soyadı		Çocuk Sayısı	
T.C. Kimlik No		Ev Tel	
Doğum Yeri ve Tarihi		Cep Tel	
Cinsiyeti		Mesleği	
Eğitim Durumu		Yaptığı İş	
Medeni Durumu		Çalıştığı Bölüm	
Ev Adresi			
Daha Önce Çalıştığı İşyeri	İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi
1)			
2)			
3)			
4)			

**ÖZGEÇMİŞİ - SOYGEÇMİŞİ**

Konjenital/Kronik Hast.	Bağışıklama	Kan Grubu			Soy Geçmişi		
1) ( )	Tetanoz ( )	Grup	Rh(+)	Rh(-)	Anne ( )		
2) ( )	Hepatit ( )	O			Baba ( )		
3) ( )	Grip ( )	A			Kardeş ( )		
4) ( )	Diğer ( )	B			Çocuk ( )		
5) ( )	Diğer ( )	AB			Diğer ( )		

**TIBBİ ANAMNEZ**

1-) Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi?			2-) Son bir yıl içinde aşağıdaki hastalıklardan birini geçirdiniz mi?		
Yakınmalar	Hayır	Evet	Hastalıklar	Hayır	Evet
Balgamlı Öksürük	( )	( )	Kalp Hastalığı	( )	( )
Nefes Darlığı	( )	( )	Şeker Hastalığı	( )	( )
Göğüs Ağrısı	( )	( )	Böbrek Rahatsızlığı	( )	( )
Çarpıntı	( )	( )	Sarılık	( )	( )
Boyun Ağrısı	( )	( )	Mide / Oniki Parmak Ülseri	( )	( )
Sırt-Bel Ağrısı	( )	( )	İşitme Kaybı	( )	( )
Eklemlerde Ağrı	( )	( )	Görme Bozukluğu	( )	( )
İshal veya Kabızlık	( )	( )	Sinir Sistemi Hastalığı	( )	( )
Diğer (Belirtiniz)	( )	( )	Deri Hastalığı	( )	( )
	( )	( )	Besin Zehirlenmesi	( )	( )
	( )	( )	Diğer (Belirtiniz)	( )	( )

	Hayır	Evet	Açıklama
3-) Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?	( )	( )	
4-) Son bir yıl içinde önemli ameliyat geçirdiniz mi?	( )	( )	
5-) Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi?	( )	( )	
6-) Son bir yıl içinde Meslek H. Hast.'ne gittiniz mi?	( )	( )	
7-) Son bir yıl içinde maluliyet aldınız mı?	( )	( )	
8-) Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	( )	( )	

9-) Sigara içiyor musunuz?			
Hayır	( )	Önce Bırakmış	İçmiş / İçiyor
Bırakmış	( )	Ay	Yıl
Evet	( )		Ay

10-) Alkol alıyor musunuz?			
Hayır	( )	Önce Bırakmış	İçmiş / İçiyor
Bırakmış	( )	Ay	Yıl
Evet	( )		Ay

### FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

Duyu Organları					
»Göz					
»Kulak-Burun-Boğaz (KBB)					
»Deri					
Kardiyovasküler Sistem Muayenesi					
Solunum Sistemi Muayenesi					
Sindirim Sistemi Muayenesi					
Ürogenital Sistem Muayenesi					
Kas-İskelet Sistemi Muayenesi					
Nörolojik Muayene					
Psikiyatrik Muayene					
Diğerleri					
Tansiyon (mmHg)	Nabız (dk)	Boy (cm)	Kilo (kg)	BMI	Bel Çev (cm)

### LABORATUVAR BULGULARI

Biyolojik Analizler	
»Kan	
»İdrar	
Radyolojik Analizler	
Fizyolojik Analizler	
»İşitme Testi (Odiometre)	
»Solunum Fonksiyon Testi (SFT)	
Psikolojik testler	
Diğerleri	

### KANAAT VE SONUÇ

1-) İşinde/işyerinde bedenene çalışmaya elverişlidir.	( )
2-) Raporunda işaret edilen arızalar tedavi edilmek şartıyla elverişlidir.	( )

Doktor (Kaşe-İmza)	
-----------------------	--

Tarih
...../...../.....