



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

İŞE GİRİŞ /PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN		Fotoğraf
Ünvanı		
SGK Sicil No.		
Adresi		
Tel ve Faks		
E-Posta		
İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.		
TARİH:		
Çalışanın Adı Soyadı:		
İMZA		

ÇALIŞANIN (KENDİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)			
Adı Soyadı		Eğitim Durumu	
T.C. Kimlik No		Medeni Durumu	
Doğum Yeri ve Tarihi		Tel No	
Cinsiyeti		Mesleği	
Ev Adresi			
Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)			
Çalıştığı Bölüm			
Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)	İşkolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi
1.			
2.			
3.			

ÖZGEÇMİŞİ	
Kan Grubu :	Tetanoz aşısı : <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok Varsa tarih:
Konjenital (Doğumsal) Hastalık :	Hepatit B aşısı : <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok Varsa tarih:
	Diğer :

SOY GEÇMİŞİ (Doğumsal veya Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren hastalıklar varsa belirtiniz)	
Anne:	Kardeş:
Baba:	Çocuk:

TIBBİ ANAMNEZ (KENDİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)					
1- Aşağıdaki yakınmalardan herhangi biri mevcut mu?			2- Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri mevcut mu?		
Yakınmalar	Hayır	Evet	Hastalıklar	Hayır	Evet (belirtiniz)
Balgamlı Öksürük	()	()	Kalp Hastalığı	()	()
Nefes Darlığı	()	()	Şeker Hastalığı	()	()
Göğüs Ağrısı	()	()	Böbrek Rahatsızlığı	()	()
Çarpıntı	()	()	Sarılık	()	()
Sırt -Bel Ağrısı	()	()	Mide veya On İki Parmak	()	()
İshal veya Kabızlık	()	()	İşitme Kaybı	()	()
Eklemelerde Ağrı	()	()	Görme Bozukluğu	()	()
Latex allerjiniz var mı?	()	()	Sinir Sistemi Hastalığı	()	()
Diğer			Deri Hastalığı	()	()
			Besin Zehirlenmesi	()	()
			Diğer(Hipertansiyon,Guatr vb.)		

	Hayır	Evet	Açıklama
3- Hastanede yattınız mı?	()	() Evet ise tanı ?	
4- Ameliyat geçirdiniz mi?	()	() Evet ise neden ?	
5- İş Kazası geçirdiniz mi?	()	() Evet ise ne oldu ?	
6- Meslek hastalıkları şüphesiyle ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?	()	() Evet ise sonuç ?	
7- Maluliyet ile ilgili rapor aldınız mı?	()	() Evet ise nedir ve oranı ?	
8- Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	()	() 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	( )	..... ay/yıl önce	..... ay/yıl içmiş	..... adet/gün içmiş
Evet	( )	..... yıldır	..... adet/gün	

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI (İŞYERİ HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

a-Duyu Organları Göz,Kulak-Burun-Boğaz,Deri				
b-Kardiyo Vasküler Sistem Muayenesi				
c-Solunum Sistem Muayenesi				
d-Sindirim Sistem Muayenesi				
e-Ürogenital Sistem Muayenesi				
f-Kas-İskelet Sistem Muayenesi				
g-Nörolojik Muayene				
ğ-Psikiyatrik Muayene h-Diğer				
Tansiyon (mm/Hg)	Nabız (dk)	Boy (cm)	Kilo (kg)	Vücut Kitle İndeksi

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Biriminde Yapılan İşlem, Değerlendirme ve Öneriler

--

Göz Muayenesi (Gerekliyse)	Göğüs Hastalıkları Muayenesi (PPD Testi / PA Akciğer Grafiği / SFT) (Gerekliyse)	Kulak-Burun-Boğaz Muayenesi (Odyometri) (Gerekliyse)
İMZA:	İMZA:	İMZA:

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.)

Adı Soyadı :

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

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

İMZA