ÖĞRENCİNİN PERİYODİK MUAYENE FORMU

ÖĞRENCİNİN		Fotoğraf
Üniversitenin Adı Okulun Adı	Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Bölümü		
Okul Numarası		
Okulun SGK Sicil No.		
Okulun Adresi		
Okulun Tel ve faks		
Okulun E-Posta		

İşe giriş/periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı
İmza

ÖĞRENCİNİN			
Adı ve soyadı			
T.C.Kimlik No			
Doğum Yeri ve Tarihi			
Cinsiyeti			
Eğitim durumu			
Medeni durumu		Çocuk sayısı	
Ev Adresi			
Tel No./e-posta			
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)			
Özgeçmişi			
Kan grubu			
Konjenital/kronik hastalık			
Bağışıklama			
- Tetanoz			
- Hepatit			
- Diğer			

Soygeçmişi(kronik hastalık,bağışıklama)			
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		
- Eklemlerde ağrı		

Öğrencinin;
Adı:
Soyadı:
Bölümü:
Okul Numarası:

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 tutuldunuz 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 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.

Öğrencinin;
Adı:
Soyadı:
Bölümü:
Okul Numarası:

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 İndeksi:

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 bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

2- ……..……...……

şartı ile çalışmaya elverişlidir

*(******Yapılan muayene sonucunda öğrencının gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışamayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet teçhizat vs... bulunması durumunda öğrenci için bu koşullarla çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.)*

İMZA **……/……/20….**

Adı ve Soyadı :
Diploma Tarih ve No:
Diploma Tescil Tarih ve No:
İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: