

ÖĞRENCİNİN PERİYODİK MUAYENE FORMU

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

İşe giriş/periodyik 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 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 musunuz?	Hayır			
	Bırakmışay/yıl önceay/yıl içmişadet/gün içmiş
	Evetyıldıradet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmışyıl önceyıl içmişsıklıkla içmiş
	Evetyıldırsıklıkla	

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 öğrencinin 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: