**EK-7**

**İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU**

**İŞYERİNİN :**

Fotoğraf

Unvanı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

**İŞÇİNİN :**

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:

Çalıştığı bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler:

İşkolu : Yaptığı iş: Giriş-çıkış tarihi:

1.

2.

3.

**Özgeçmişi :**

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

**Soy geçmişi :**

Anne : Baba : Kardeş : Çocuk :

**TIBBİ ANAMNEZ :**

1. Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır Evet

- Balgamlı öksürük

- Nefes darlığı

- Göğüs ağrısı

- Çarpıntı

- Sırt ağrısı

- İshal veya kabızlık

- Eklemlerde ağrı

2. Son bir yıl içinde 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. Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?

Hayır Evet ise tanı…...............................................................................

4. Son bir yıl içinde önemli bir ameliyat geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise nedir?….............................................................................

5. Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise nedir?…............................................................................

6. Son bir yıl içinde meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldunuz mu?

Hayır Evet ise sonuç…...........................................................................

7. Son bir yıl içinde 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

**FİZİKİ 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

ğ) Psikiyatrik muayene

h) Diğer

-TA: / mmHg

-Nb: / dk.

-Boy: Kilo: BMI:

**LABORATUVAR BULGULARI :**

a) Biyolojik analizler

- Kan

- İdrar

b) Radyolojik analizler

c) Fizyolojik analizler

- Odyometre

- SFT

c) Psikolojik testler

-Diğer

**KANAAT VE SONUÇ :**

**1- ……………………………………………………………….işinde/işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.**

**2- Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek şartıyla elverişlidir.**

**İMZA TARİH: ……/……/……**

**Adı ve Soyadı**

**Diploma No.**