



TC.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.19  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi : 01/07/2016  
Revizyon Tarihi : .../.../20...  
Revizyon Sayısı : 00  
Sayfa No : 1 / 3  
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞE GİRİŞ PERİYODİK MUAYENE  
FORMU

**İŞYERİNİN:**

Ünvanı  
SGK Sicil No.  
Adresi  
Tel ve faks  
E-Posta

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

Çalışanın Adı Soyadı  
İMZA

Fotoğraf

**ÇALIŞANIN:**

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 (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)

Çalıştığı bölüm

Daha önce çalıştığı yerler  
(Bu günden geçmişe doğru)

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



TC.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

İŞE GİRİŞ PERİYODİK MUAYENE  
FORMU

Döküman No : 05.04.FR.19  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi : 01/07/2016  
Revizyon Tarihi : .../.../20...  
Revizyon Sayısı : 00  
Sayfa No : 2 / 3  
Kurum/Birim Kodu: 24301423

**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

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

Bırakmış

.....ay/yıl önce

.....ay/yıl içmiş

.....adet/gün

Evet

.....yıdır

.....adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmış

.....yıl önce

.....yıl içmiş

.....sıklıkla

Evet

.....yıdır

.....sıklıkla

**FİZİK MUAYENE SONUÇLARI:**

a) Duyu organları

- Göz

- Kulak-Burun-Boğaz

- Deri

b) Kardiyovasküler sistem muayenesi

c) Solunum sistemi muayenesi

ç) Sindirim sistemi muayenesi



TC.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No : 05.04.FR.19  
Yayın No : 01  
Yayın Tarihi : 01/07/2016  
Revizyon Tarihi : .../.../20...  
Revizyon Sayısı : 00  
Sayfa No : 3 / 3  
Kurum/Birim Kodu: 24301423

İŞE GİRİŞ PERİYODİK MUAYENE  
FORMU

d) Ürogenital sistem muayenesi	
e) Kas-iskelet sistemi muayenesi	
f) Nörolojik muayene	
g) Psikiyatrik muayene	
ğ) Diğer	
-TA : / mm-Hg	
-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- .....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.)

**İMZA**

Adı ve Soyadı:

Diploma Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: