PERİYODİK MUAYENE FORMU

EK-2

İŞYERİNİN		
Ünvanı		Fotoğraf
SGK Sicil No		
Adresi		
Telefon No		
Faks No		
E-Posta		

ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı		Çocuk Sayısı	
T.C. Kimlik No		Ev Tel	
Doğum Yeri ve Tarihi		Cep Tel	
Cinsiyeti		Mesleği	
Eğitim Durumu		Yaptığı İş	
Medeni Durumu		Çalıştığı Böl	
Ev Adresi			

Daha Önce Çalıştığı İşyeri	İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi

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

ÖZ GEÇMİŞİ					SOY GEÇMİŞİ	
Konjenital/Kronik Hastalık	Bağışıklama		Kan Grubu	(+)/(-)	Kronik Hastalıklar	
	Tetanoz		O Rh		Anne	
	Hepatit		A Rh		Baba	
	Diğer		B Rh		Kardeş	
			AB Rh		Çocuk	

TIBBİ ANAMNEZ

1-) Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?

2-) Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?

Yakınmalar	Hayır	Evet	Hastalıklar	Hayır	Evet
Balgamlı Öksürük			Kalp Hastalığı		
Nefes Darlığı			Şeker Hastalığı		
Göğüs Ağrısı			Böbrek Rahatsızlığı		
Çarpıntı			Sarılık		
Boyun Ağrısı			Mide / Oniki Parmak Ülseri		
Sırt-Bel Ağrısı			İşitme Kaybı		
Eklemlerde Ağrı			Görme Bozukluğu		
İshal veya Kabızlık			Sinir Sistemi Hastalığı		
Diğer (Belirtiniz)			Deri Hastalığı		
			Besin Zehirlenmesi		
			Diğer (Belirtiniz)		