



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

İL/İLÇE ADI	:	
OKUL ADI	:	
TARİH	:	
HEMŞİRE ADI SOYADI	:	

I. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

Öğrencinin Adı soyadı		TC Kimlik No:
Adresi		
İlçe / il		E-posta adresi:@.....
Doğum Tarihi (G/A/Yıl)/...../.....	Ev telefonu:
Cinsiyet	() Kadın () Erkek	Cep telefonu:
Gerektiğinde iletişim kurulacak kişi (adı)		Yakınlık derecesi: Telefonu:
Konuştuğu dil		
Kardeş Sayısı		

II. SAĞLIK BİLGİSİ

Kan grubu:	() A Rh (+) () B Rh (+) () AB Rh (+) () O Rh (+) () A Rh (-) () B Rh (-) () AB Rh (-) () O Rh (-)		
Aile bireylerinin önemli hastalıkları:	ANNE:	BABA:	KARDEŞ:
Ailede kalıtsal hastalık	ANNE:	BABA:	KARDEŞ:
Hemşire Notları:			



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

BÜYÜME GELİŞME İZLEME TABLOSU

İzlem		Boy (cm)	Ağırlık (kg)	Beden Kitle İndeksi (kg/cm ²)	Büyüme Eğrisi (%)
Dönem	Tarih				
Hemşire Notları:					

BÜYÜME GELİŞMENİN DEĞERLENDİRMESİ

BÜYÜME GELİŞME DURUMU	VAR	YOK
Büyüme-Gelişme Geriliği		
Yaşa Göre Boy Kısaldığı		
Yaşa Göre Düşük Kilolu Olma		
Hemşire Notları:		

AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI

AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI PROBLEMİ () VAR () YOK	SAYI
Toplam Diş Sayısı	
Sağlam Diş Sayısı	
Çürük Diş Sayısı	
Dolgu Diş Sayısı	
Kayıp Diş Sayısı	
Hemşire Notları:	



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

BAĞIŞIKLAMA

Bağışıklama Durumu	AŞI ADI
<input type="checkbox"/> TAM*	
<input type="checkbox"/> EKSİK**	
Hemşire Notları:	

* 1. BCG, 2. DBT, 3. Polio, 4. Kızamık, 5. Hepatit aşlarının uygun dozda yapılmış olmasını ifade etmektedir.

** Lütfen eksik bağışıklama için aşı numaralarını yazınız

ALERJİ

Alerjiler: Bilinen alerji yok
 Bilinen alerji var
 Bireyin alerjisi var ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz

Tanı tarihi:

Alerji Tipi	Alerjen	Reaksiyon	Alerji ciddiyeti	
<input type="checkbox"/> Hayvan alerjisi <input type="checkbox"/> İlaç alerjisi <input type="checkbox"/> Çevresel faktörlerden kaynaklanan alerji <input type="checkbox"/> Gıda alerjisi <input type="checkbox"/> Bitki alerjisi <input type="checkbox"/> Polen alerjisi <input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Ürtiker <input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı/ burunda şişlik <input type="checkbox"/> Deri döküntüsü <input type="checkbox"/> Eklem ağrısı <input type="checkbox"/> Halsizlik/yorgunluk <input type="checkbox"/> Kas ağrısı <input type="checkbox"/> Nefes darlığı/ solunum sıkıntısı	<input type="checkbox"/> Ağrı, enjeksiyon bölgesinde şişlik <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Baş ağrısı () Şişlik <input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Üşüme/titreme <input type="checkbox"/> Burun akıntısı	<input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Ciddi <input type="checkbox"/> Biniyor

Hemşire Notlar:



TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

AŞI BİLGİLERİ

TEST VE AŞILAR	TARİHİ
Verem (BCG Testi)	
Verem Aşısı	
Kızamık Aşısı	
Çocuk Felci Aşısı	
Difteri Aşısı	
Tetanos Aşısı	
Hepatit (sanlık) A / B Aşısı	
Grip Aşısı	
Hemşire Notları :	

KULLANDIĞI İLAÇLAR

İlacın Adı	Dozu	Uygulama yolu	Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi
Hemşire Notları :				

SAĞLIK PROBLEMİ

SAĞLIK PROBLEMİ	VAR	YOK	AÇIKLAMA
Kronik Hastalığı (Kalp- dolaşım sistemi, Diabet, Epilepsi, Hipertasyon)			
Sık Geçirdiği Enfeksiyonlar			
Görme Problemi			



**TC.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi**

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

ÖĞRENCİ SAĞLIK TANIMA FORMU

İşitme Problemi			
Kas-İskelet Sistemi Problemi			
Gastro-İntestinal Sistem Problemi			
Kullandığı cihaz			
Kaza geçirme durumu			
Ameliyat geçirme durumu			
Son Bir yılda Hastaneye Yatma durumu			
Hemşire Notları:			