

T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı

OKUL SAĞLIĞI ÖĞRENCİ MUAYENE FORMU

Okulu :
Adı Soyadı :
Numarası :
Cinsi : 1) Erkek : ☐ 2) Kız : ☐
Yaşı :
Boy :Cm.
Ağırlığı :Kg.

TC Kimlik No:

Beden Kitle İndeksi: Kilo(kg)/Boy² (m)

Kan Basıncı : Normal : ☐ Yüksek : Düşük : ☐ (.....mm. hg.)

PPD :mm.

GÖZ MUAYENESİ

Şaşılık : Var : ☐ Yok : ☐

Görme Keskinliği : Normal : ☐ Sağda Görme Zayıf : ☐

Diğer : Solda Görme Zayıf : ☐ İki Gözdede Görme Zayıf : ☐
:(Trahom vb.)

DİŞ MUAYENESİ

Çürük Süt Dişi Sayısı :
Dolgulu Süt Dişi Sayısı :
Çürük Kalıcı Diş Sayısı :
Dolgulu Kalıcı Diş Sayısı :
Çekilmiş Kalıcı Diş Sayısı :

Maloklüzyon : Var : ☐ Yok : ☐

Diş Fırçası Kullanma Alışkanlığı : Var : ☐ Yok : ☐

FİZİK MUAYENE

Saçlı Deri : Normal : ☐
Bit : ☐
Mantar : ☐
Diğer :

Deri : Normal : ☐
Diğer :

Kulak : Normal : ☐
Buşon : ☐
Perfore Zar : ☐
Diğer :

Burun : Normal : ☐
Septum Deviasyonu : ☐
Diğer :

Boğaz	: Normal	: <input type="checkbox"/>	
	Kronik Tonsilit	: <input type="checkbox"/>	
	Nazofaringeal Akıntı	: <input type="checkbox"/>	
	Diğer	:	
Boyun	: Normal	: <input type="checkbox"/>	
	Goitre	: <input type="checkbox"/>	
	Diğer	:	
Göğüs	: Normal	: <input type="checkbox"/>	
	Deformite (Skolyoz vb.)	: <input type="checkbox"/>	
	Diğer	:	
Akciğer	: Normal	: <input type="checkbox"/>	
	Diğer	:	
Kalp	: Normal	: <input type="checkbox"/>	
	Diğer	:	
Karın	Normal	: <input type="checkbox"/>	
	Hepatomegali	: <input type="checkbox"/>	Splenomegali : <input type="checkbox"/>
	Diğer	:	Herni : <input type="checkbox"/>
Ürogenital Sistem	: Normal	: <input type="checkbox"/>	
	İnmemiş Teşhis	: <input type="checkbox"/>	
	Diğer	:	
Ekstremiteler	: Normal	: <input type="checkbox"/>	Yürüyüş
	Topallık	: <input type="checkbox"/>	Bozukluğu : <input type="checkbox"/>
	Atrofi	: <input type="checkbox"/>	Düz Tabanlık : <input type="checkbox"/>
	Diğer	:	Deformite : <input type="checkbox"/>
			A.İçe Dışa bas. : <input type="checkbox"/>

Varsa Akut Has.

Ruhsal Uyum Durumu : Uyumlu : ☐ Uyumsuz : ☐ Çok Uyumsuz : ☐
 (Öğretmenin Gözlemine Göre)

SONUÇ :

Saptanan Patolojiler : 1. Yok
 2.
 3.
 4.
 5.

Doktor
 İmza

Not: Bu form, değerlendirmeler bittikten sonra öğrencilerin kişisel dosyasına konulmak üzere okula bırakılacaktır.

Okulun Adı :
Adresi/Tel :
Sağlık Taramasının Yapıldığı Tarih :
Okul Öğrenci Sayısı :
Sınıf Öğrenci Sayısı :
Sınıfın Adı :
Hastalık Bulunan Öğrenci Sayısı :

[illegible]

Not: Bu form her sınıf için 2 nüsha halinde hazırlanacak. Sağlık ekibi ve sınıf öğretmeni ile birlikte düzenlenecek, bir nüshası okulda diğer nüshası Sağlık Eğitim Merkezinde bulundurulacaktır.

IMZA