**T.C**

**İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİ FORMU**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| ADI: |  |
| SOYADI: |  |
| PROGRAM: |  |
| ÖĞRENCİ NUMARASI: |  |
| DOĞUM TARİHİ / YAŞI: |  |
| KAN GRUBU: |  |
| CİNSİYETİ: |  |
| BİRİNCİ ÖĞRETİM | İKİNCİ ÖĞRETİM |
| ***ÖZGEÇMİŞ:******(Öğrencinin şimdiye kadar geçirdiği hastalık ve operasyonlar)*** |
| HERHANGİ BİR HASTALIĞI VAR MI? EVET HAYIR(VARSA NEDİR VE HEKİM TARAFINDAN TAKİP EDİLİYOR MU?)……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| HERHANGİ BİR OPERASYON GEÇİRDİ Mİ? EVET HAYIR(GEÇİRDİYSE NEDİR?)………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **SAĞLIK GEÇMİŞİ** |
| Gıda Alerjileri: (Alerji ve İmmunoloji Uzman Hekim tarafından tespit edilip raporlandırılmış besin alerjileri var mı?) EVET HAYIR……………………………………………………………………………………………………………………………………………….İlaç Alerjisi:  EVET HAYIR………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Diğer: (Cilt, solunum, göz vb.)………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| KULLANDIĞI İLAÇLAR VAR MI? EVET HAYIR(VARSA NEDİR?)……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| ***SOYGEÇMİŞ: (Öğrencinin anne ve baba tarafına ait sağlık bilgileri)*** |
| Şeker Hastalığı: EVET HAYIRKalp Hastalığı: EVET HAYIRDiğer Kronik Hastalıklar: EVET HAYIR……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **ACİL DURUMLARDA ARANACAK KİŞİ** |
| AD SOYAD: | YAKINLIK DERECESİ: |
| TELEFON: | GSM: |
| ADRES:  |