**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 HAYIR  Kalp Hastalığı: EVET HAYIR  Diğer Kronik Hastalıklar: EVET HAYIR  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **ACİL DURUMLARDA ARANACAK KİŞİ** | | |
| AD SOYAD: | | YAKINLIK DERECESİ: |
| TELEFON: | | GSM: |
| ADRES: | | |