

T.C.
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI
SAĞLIK İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
OKUL SAĞLIĞI ÖĞRENCİ MUAYENE FORMU

Okulu :

Adı Soyadı :

Numarası :

Cinsi : 1) Erkek : 2) Kız:

Yaşı :

Boyu :Cm.

Ağırlığı :Kg.

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

PPD :mm.

GÖZ MUAYENESİ

Şaşılık : Var : Yok :

Görme Keskinliği : Normal : Sağda Görme Zayıf :

: Solda Görme Zayıf : İki Gözde de Görme Zayıf :

Diğer :(Trahom vb.)

DIŞ 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 A 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 :

: Kronik Tonsilit :

: Nazofaringeal Akıntı :

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"/>	Herni: <input type="checkbox"/>
	Diğer	:
Ürogenital Sistem	: Normal	:	<input type="checkbox"/>
	İnmemiş Teşhis	:	<input type="checkbox"/>
	Diğer	:
Ekstremiteler	: Normal	:	<input type="checkbox"/>
	Yürüyüş	:	<input type="checkbox"/>
	Topallık	:	<input type="checkbox"/>
	Bozukluğu:	<input type="checkbox"/>	Deformite : <input type="checkbox"/>
	Atrofi	:	<input type="checkbox"/>
	Düz Tabanlık	<input type="checkbox"/>	A.İçe Dışa bas. <input type="checkbox"/>
Varsa Akut Has.	Diğer	:
Ruhsal Uyum Durumu	: Uyumlu	:	<input type="checkbox"/>
(Öğretmenin Gözlemine Göre)		:	<input type="checkbox"/>
	Uyumsuz	<input type="checkbox"/>	Çok Uyumsuz : <input type="checkbox"/>

SONUÇ

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

Diş Hekimi
İmza

Doktor
İmza

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

