

# SAĞLIK ANKETİ

## Öğrencinin

Adı-Soyadı : .....

Sınıfı / No : .....

1- Geçirdiği çocukluk dönemi hastalıkları (Geçirdiği hastalıkların karşısını işaretleyiniz.)

( ) Kızamık ( ) Suçiçeği ( ) Kızamıkçık ( ) Kızıl ( ) Kabakulak

2- Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdi mi?

	EVET	HAYIR	TARİHİ
<b>Kalp Hastalığı</b>			
<b>Şeker Hastalığı</b>			
<b>Astım – Allerjik Bronşit</b>			
<b>Kan Hastalıkları (Hemofili)</b>			
<b>Romatizmal Hastalıklar</b>			
<b>Böbrek Hastalıkları</b>			
<b>Sarılık</b>			
<b>Ailevi Akdeniz Ateşi</b>			
<b>Mide – Duodenum Ülseri</b>			
<b>İşitme Kaybı</b>			
<b>Görme Bozukluğu</b>			
<b>Sinir Sistemi Hastalıkları (Sara hastalıkları vb.)</b>			
<b>Deri Hastalıkları</b>			
<b>Besin Zehirlenmesi</b>			
<b>Psikolojik Hastalıklar</b>			

**3-** Herhangi bir ameliyat geçirdi mi?  
**Evet** ise kısaca anlatınız.

EYET	HAYIR
------	-------

**AÇIKLAMA :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4-** Kronik bir rahatsızlığı var mı? Lütfen yazınız.

.....  
.....  
.....

**5-** Herhangi bir şeye karşı (ilaç, gıda, eşya, ortam vb.) alerjisi varsa yazınız.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6-** Sürekli kullandığı bir ilaç varsa yazınız ve en kısa sürede okul hemşiresine bilgi veriniz.

.....  
.....

**7-** Kalıtsal hastalıklar açısından;

a) Kardeşlerinin sağlık durumu : .....

b) Babasının sağlık durumu : .....

c) Annesinin sağlık durumu : .....

**8-** Gerektiğinde öğrencimizle ilgili olarak ulaşabileceğimiz telefon numaralarını sırasıyla yazınız.

1-  
2-  
3-

Tarih : .....

Velinin Adı-Soyadı : .....

İmzası : .....