


RMRJ-1

	REKAM MEDIS RAWAT JALAN / IGD RS PANTI RAPIH - YOGYAKARTA									
	NAMA <u>Un. Th. Awiing wijayanti</u>		RM <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>6</td><td>9</td><td>9</td><td>3</td><td>3</td></tr></table>			1	6	9	9	3
1	6	9	9	3	3					
Jns.Kelamin <input type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/> P	Tgl.Lahir : / /	Umur : <u>23</u> <input checked="" type="checkbox"/> th <input type="checkbox"/> bl <input type="checkbox"/> hr	Golongan darah <input type="checkbox"/>							
Kewarga Negara <input checked="" type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA										
PENDIDIKAN	<input type="checkbox"/> TK	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> SLTP	<input type="checkbox"/> SLTA	<input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi					
STATUS PERKAWINAN	<input checked="" type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> KW	<input type="checkbox"/> Janda	<input type="checkbox"/> Duda	<input type="checkbox"/> Tidak kawin					
PEKERJAAN	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> ABRI	<input type="checkbox"/> Swasta	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain					
AGAMA	<input type="checkbox"/> ISL	<input checked="" type="checkbox"/> KR	<input type="checkbox"/> Krist	<input type="checkbox"/> Hindu	<input type="checkbox"/> Budha					
ALAMAT	<u>Jl. Gatotkaca 99 Brojohamatan S.B. 71</u>									
	Telpon <u>524 008</u>									
Nama Orang tua / suami / istri <u>Bp. J. Sukirman</u> umur : th.										
PEKERJAAN	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> ABRI	<input type="checkbox"/> Swasta	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Lain-lain					
Alamat :	<u>Ds. Saringkong kec. Kembayan</u>									
	<u>Kab. Sanggau / Kapuas Kal. Bar.</u>									
	Telpon									
Alamat di Yogyakarta										
Cara Pembayaran	<input type="checkbox"/> Bayar sendiri	<input type="checkbox"/> ASKES	<input type="checkbox"/> Instansi	<input type="checkbox"/> Pihak lain						
Nama Penanggung Jawab	:									
Alamat Penanggung Jawab	:									
	Telpon									
Perubahan Alamat -1 :										
Perubahan Alamat -2 :										
Perubahan Alamat -3 :										



CATATAN PEMERIKSAAN PASIEN

NAMA : *Ms Auring*

RM

--	--	--	--	--	--

ALLERGI

—

Jns. Kelamin ☐ L ☐ P

Tgl. Lahir : / /

Umur :

☐ th

☐ bl

☐ hr

Golongan Darah :

ALAMAT :

Telpon :

Klinik Tanggal Pukul	PENGKAJIAN (Anamnesa, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang)	CATATAN MEDIK		CATATAN KEPERAWATAN
		Diagnosa	Penatalaksanaan	
<p>31 MAY 2000</p> <p>T-90/60</p>	<p>05 man puiura</p> <p>tyg Hepatitis A</p> <p>+ DM.</p> <p>BSG = 105</p> <p>SGPT = 9,3</p>	<p>Bn3</p>	<p><i>RF</i></p>	