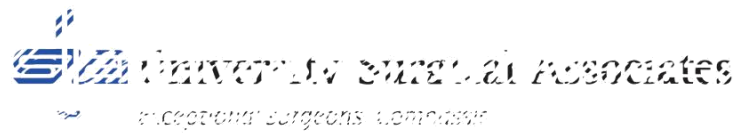


Formulir Pendaftaran Pasien



Kunjungi Informasi

Jenis Kunjungan

☐ Pribadi ☐ Komp pekerja ☐ Kecelakaan Lainnya ☐ MVA/Kecelakaan Mobil

Sumber rujukan

☐ Dokter ☐ Kerabat / Teman ☐ On line ☐ Iklan ☐ Halaman Kuning ☐ Lainnya

Dokter yang Merujuk

Alamat jalan

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon Kantor



Informasi pasien

Nama (Depan, Tengah, Belakang)

Tanggal lahir

SS#

Alamat jalan

Tepat. #

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon rumah

Telepon selular

Nama Majikan

Alamat Majikan

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon Majikan



Informasi Pasangan

Nama (Depan, Tengah, Belakang)

Tanggal lahir

SS#

Alamat jalan

Tepat. #

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon rumah

Telepon selular

Nama Majikan

Alamat Majikan

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon Majikan



Kontak darurat

Nama (Depan, Tengah, Belakang)

Hubungan dengan pasien

Alamat jalan

Tepat. #

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon rumah

Telepon selular

Nama Majikan

Alamat Majikan

Kota

Negara

Ritsleting

Telepon Majikan



Informasi tagihan

Nama pasien:

Nama tagihan	<input type="text"/>	Tanggal lahir	<input type="text"/>	SS#	<input type="text"/>
Alamat jalan	<input type="text"/>	Tepat. #	<input type="text"/>		
Kota	<input type="text"/>	Negara	<input type="text"/>	Ritsleting	<input type="text"/>
Telepon rumah	<input type="text"/>	Telepon selular	<input type="text"/>		
Nama Majikan	<input type="text"/>	Alamat Majikan	<input type="text"/>		
Kota	<input type="text"/>	Negara	<input type="text"/>	Ritsleting	<input type="text"/>
Telepon Majikan	<input type="text"/>				



Informasi asuransi

Asuransi Utama

Nama Asuransi	<input type="text"/>
Alamat jalan	<input type="text"/>
Alamat 2	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>
Ritsleting	<input type="text"/>
Telepon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Tanggal berlaku	<input type="text"/>
Grup #	<input type="text"/>
Kebijakan #	<input type="text"/>

Pelanggan Utama(Pemegang Polis)

Hubungan dengan pasien	<input type="text"/>
Nama	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>
Tepat. #	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>
Ritsleting	<input type="text"/>
Telepon rumah	<input type="text"/>
Telepon selular	<input type="text"/>
Tanggal lahir	<input type="text"/>
SS#	<input type="text"/>
Nama Majikan	<input type="text"/>
Alamat Majikan	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>
Ritsleting	<input type="text"/>

Asuransi Sekunder

Nama Asuransi	<input type="text"/>
Alamat jalan	<input type="text"/>
Alamat 2	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>
Ritsleting	<input type="text"/>
Telepon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Tanggal berlaku	<input type="text"/>
Grup #	<input type="text"/>
Kebijakan #	<input type="text"/>

Pelanggan Sekunder(Pemegang Polis)

Hubungan dengan pasien	<input type="text"/>
Nama	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>
Tepat. #	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>
Ritsleting	<input type="text"/>
Telepon rumah	<input type="text"/>
Telepon selular	<input type="text"/>
Tanggal lahir	<input type="text"/>
SS#	<input type="text"/>
Nama Majikan	<input type="text"/>
Alamat Majikan	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>
Ritsleting	<input type="text"/>



Alasan untuk mengunjungi

Nama pasien:

Nama Pasien (Depan, Tengah, Belakang)

Kondisi/keluhan saat ini

Dokter yang Merujuk

HANYA DIGUNAKAN DI KANTOR

(RUE) BP

Tinggi

(LUE) BP

Berat

Detak Jantung

Suhu.

Resp. Kecepatan

Alergi

Reaksi

Riwayat penyakit sekarang

Masuk Rumah Sakit Sebelumnya/Operasi/Cedera Serius

Nama pasien:

[illegible][illegible]

Saudara			
---------	--	--	--



Silakan periksa jawaban yang sesuai

SISTEM KONSTITUSI

- Kesehatan umum yang baik ☐ Ya ☐ TIDAK
- Perubahan berat badan baru-baru ini ☐ Ya ☐ TIDAK
- Demam ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kelelahan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sakit kepala ☐ Ya ☐ TIDAK

MATA

- Penyakit mata atau cedera ☐ Ya ☐ TIDAK
- Memakai kaca mata/lensa kontak ☐ Ya ☐ TIDAK
- Penglihatan kabur atau ganda ☐ Ya ☐ TIDAK
- Glaukoma ☐ Ya ☐ TIDAK

Telinga / Hidung / Tenggorokan

- gangguan pendengaran/dering ☐ Ya ☐ TIDAK
- Masalah sinus kronis ☐ Ya ☐ TIDAK
- Hidung berdarah ☐ Ya ☐ TIDAK
- Bau mulut atau rasa tidak enak ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sakit tenggorokan/perubahan suara ☐ Ya ☐ TIDAK

KARDIOVASKULAR

- Masalah jantung ☐ Ya ☐ TIDAK
- Nyeri dada atau angina ☐ Ya ☐ TIDAK
- Debaran jantung ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sesak nafas berjalan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sesak napas berbaring ☐ Ya ☐ TIDAK
- Pembengkakan kaki/pergelangan kaki/tangan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Pembuluh mekar ☐ Ya ☐ TIDAK

PERNAPASAN

- Batuk kronis ☐ Ya ☐ TIDAK
- Batuk darah ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sesak napas ☐ Ya ☐ TIDAK
- Asma atau mengi ☐ Ya ☐ TIDAK

MUSKULOSKELETAL

- Nyeri sendi/kaku/bengkak ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kelemahan otot/sendi ☐ Ya ☐ TIDAK
- Nyeri otot atau kram ☐ Ya ☐ TIDAK
- Ekstremitas dingin ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kesulitan berjalan ☐ Ya ☐ TIDAK

GASTROINTESTINAL

- Kehilangan selera makan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Perubahan gerakan usus ☐ Ya ☐ TIDAK
- Pergerakan usus yang menyakitkan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sembelit ☐ Ya ☐ TIDAK
- Pendarahan rektum/darah dalam tinja ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sakit perut / mulas ☐ Ya ☐ TIDAK
- Bisul perut ☐ Ya ☐ TIDAK
- Tidak dapat menahan tinja ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kanker usus besar ☐ Ya ☐ TIDAK
- Polip ☐ Ya ☐ TIDAK
- Mual atau muntah ☐ Ya ☐ TIDAK

Apakah Anda pernah mengalami tes berikut:

- Kolonoskopi ☐ Ya ☐ TIDAK
- barium enema ☐ Ya ☐ TIDAK
- Sigmoidoskopi fleksibel ☐ Ya ☐ TIDAK

DARAH DAN LIMFA

- Lambat untuk sembuh setelah luka ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kecenderungan berdarah/memar ☐ Ya ☐ TIDAK
- Anemia ☐ Ya ☐ TIDAK
- Bekuan darah ☐ Ya ☐ TIDAK
- Transfusi masa lalu ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kelenjar yang membesar ☐ Ya ☐ TIDAK

URINARIA DAN REPRODUKSI

- Sering buang air kecil ☐ Ya ☐ TIDAK
- Buang air kecil yang terbakar/nyeri ☐ Ya ☐ TIDAK
- Darah dalam urin ☐ Ya ☐ TIDAK
- Tidak dapat menahan / menggiring bola ☐ Ya ☐ TIDAK
- Batu ginjal ☐ Ya ☐ TIDAK
- Nyeri testis pria ☐ Ya ☐ TIDAK
- Wanita- nyeri dengan menstruasi ☐ Ya ☐ TIDAK
- Wanita- periode tidak teratur ☐ Ya ☐ TIDAK
- Keputihan wanita ☐ Ya ☐ TIDAK
- Betina- menyusui ☐ Ya ☐ TIDAK
- Wanita- histerektomi ☐ Ya ☐ TIDAK
- Betina- indung telur diangkat ☐ Ya ☐ TIDAK
- Wanita- pengendalian kelahiran ☐ Ya ☐ TIDAK
- Usia wanita memulai periode

Urin/reproduksi, lanjutan

- Wanita- periode menstruasi terakhir (tanggal)
- Wanita- # kehamilan
- Wanita- # keguguran
- Wanita- Usia kehamilan pertama
- Perempuan- # anak-anak
- Perempuan- tanggal pap smear terakhir

KULIT DAN PAYUDARA

- Ruam atau gatal ☐ Ya ☐ TIDAK
- Nyeri atau nyeri payudara ☐ Ya ☐ TIDAK
- Benjolan payudara ☐ Ya ☐ TIDAK
- Pengeluaran payudara ☐ Ya ☐ TIDAK
- Memiliki mammogram baru-baru ini ☐ Ya ☐ TIDAK
- Operasi payudara sebelumnya ☐ Ya ☐ TIDAK

NEUROLOGIS

- Sering sakit kepala ☐ Ya ☐ TIDAK
- Pusing atau pusing ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kejang atau kejang ☐ Ya ☐ TIDAK
- Mati rasa/kesemutan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Tremor ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kelumpuhan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Stroke ☐ Ya ☐ TIDAK
- Cedera kepala ☐ Ya ☐ TIDAK

Kelenjar Endokrin

- Masalah kelenjar/hormon ☐ Ya ☐ TIDAK
- Penyakit tiroid ☐ Ya ☐ TIDAK
- Diabetes ☐ Ya ☐ TIDAK
- Haus/buang air kecil yang berlebihan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Intoleransi panas atau dingin ☐ Ya ☐ TIDAK
- Kulit menjadi lebih kering ☐ Ya ☐ TIDAK

PSIKIATRIK

- Kehilangan memori/kebingungan ☐ Ya ☐ TIDAK
- Gugup ☐ Ya ☐ TIDAK
- Depresi ☐ Ya ☐ TIDAK
- Masalah tidur ☐ Ya ☐ TIDAK