

**DOKUMEN PEMERIKSAAN KESEHATAN
DARI RS PEMERINTAH / PUSKESMAS**

(Untuk Prodi Selain D3 Teknik dan D3 Nautika)

Lokasi Tes :
Tanggal :

A. DATA PRIBADI

- 1. Nama :
- 2. Prodi :
- 3. Jenis Kelamin :
- 4. Tempat/Tgl Lahir :

B. DATA FISIK

Tinggi Badan : cm
Berat Badan : kg
BMI :
BMI = Berat Badan : (Tinggi Badan)²
Tekanan Darah :
RR :
Heart Rate : / menit
Suhu : °C

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Mata

Penglihatan normal : iya / tidak
Visus tanpa kaca mata : () () VOD / VOS
Visus dengan kaca mata/lensa : () () VOD / VOS (*jika memakai alat bantu)
Buta warna : iya / tidak *bila iya partial/total
Gerak bola mata (strabismus) : iya/ tidak
Pterygium : iya/tidak

2. Gigi dan Mulut

Calculus : ada / tidak
Caries : ada / tidak
Kawat gigi : ada / tidak

M3	M2	M1	P2	P1	C	I2	I1	I1	I2	C	P1	P2	M1	M2	M3
M3	M2	M1	P2	P1	C	I2	I1	I1	I2	C	P1	P2	M1	M2	M3

3. THT

Bertindik : iya / tidak
Membran timpani : intake / perforasi
Serumen : AS/AD/PROP
Hidung : polip/sinus
Faring / laring : normal / tidak
Tonsil : ukuran T.... / T....
Thyroid : normal / tidak
Pembesaran KGB : ada / tidak

4. Ekstremitas Atas dan Bawah

Dalam batas normal : iya / tidak
Bentuk kaki : normal / X / O
Varises : ada / tidak grade ()
Riwayat operasi :
Kelainan otot / tulang lain :

5. Kulit

Tatto : ada / tidak
Tinea : ada / tidak, sebutkan ...
PV : ada / tidak
Kelainan kulit lainnya :

D. RIWAYAT PENYAKIT

1.
2.
3.

E. KESIMPULAN

Setelah dilakukan pemeriksaan pasien dinyatakan : **SEHAT / TIDAK SEHAT**

Catatan: (Apabila ada pertimbangan khusus)

.....
.....

Demikian informasi ini disampaikan dengan sebenar-benarnya berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap yang bersangkutan.

Pemeriksa,
Tanggal,

.....
SIP.
(Nama Lengkap Tanda Tangan SIP dan Cap
Institusi Pemeriksa)