**KUESIONER PEMERIKSAAN KESEHATAN (MCU)**

**SEBELUM BEKERJA**

***Identifikasi Kesehatan***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama : | Tgl. Lahir : | Jenis Kelamin : |
| Perusahaan : PT Waskita Karya (Persero) Tbk | Terakhir MCU : | |

*Petunjuk : Berilah tanda (✓) yang menurut anda sesuai.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Ya** | **Tdk** | **Pernahkah Anda terkena** |
|  |  |  | Sakit atau kecelakaan dalam 5 tahun terakhir |
|  |  |  | Cedera, kelainan atau penyakit pada kepala, kejang-kejang atau epilepsi |
|  |  |  | Kelainan mata atau gangguan penglihatan (kecuali sudah pakai kaca mata |
|  |  |  | Kelainan telinga, gangguan pendengaran atau keseimbangan |
|  |  |  | Penyakit jantung, serangan jantung, operasi jantung |
|  |  |  | Tekanan darah tinggi |
|  |  |  | Penyakit otot dan persendian |
|  |  |  | Penyakit paru-paru, asma, bronkitis, sesak nafas |
|  |  |  | Penyakit ginjal, cuci darah |
|  |  |  | Problem saluran pencernaan, penyakit hati (lever/hepatitis) |
|  |  |  | Diabetes atau gula darah tinggi |
|  |  |  | Gangguan kejiwaan (stess), gangguan tidur (insomnia) |
|  |  |  | Kehilangan kesadaran, pingsan, stroke atau lumpuh |
|  |  |  | Kehilangan anggota tubuh (jari, tangan, lengan, kaki, paha) |
|  |  |  | Cedera atau sakit pada tulang belakang, sakit pinggang menahun |
|  |  |  | Peminum alkohol, narkoba atau kebiasaan minum obat-obatan |

Sebutkan nama obat yang sedang diminum :

Saya menyatakan bahwa keterangan diatas saya isi dengan benar dan saya sadar bahwa kesalahan informasi yang saya berikan akan menyebabkan cacatnya sertifikat yang diberikan :

Tanda tangan :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_