

# FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN

---

## DATA PASIEN

**Nama Lengkap:** {patient\_name}

**Tanggal Lahir:** {patient\_birth\_date}

**Umur:** {patient\_age}

**Jenis Kelamin:** {patient\_gender}

**Alamat:** {patient\_address}

**No. Telepon:** {patient\_phone}

**Pekerjaan:** {patient\_occupation}

**No. BPJS/Asuransi:** {insurance\_number}

## DETAIL PEMERIKSAAN

**Tanggal Pemeriksaan:** {exam\_date}

**Dokter Pemeriksa:** {doctor\_name}

**Keluhan Utama:** {chief\_complaint}

**Riwayat Penyakit:** {medical\_history}

**Tekanan Darah:** {blood\_pressure}

**Tinggi Badan:** {height}

**Berat Badan:** {weight}

**Suhu Tubuh:** {temperature}

**Denyut Nadi:** {pulse\_rate}

**DIAGNOSIS DAN PENGOBATAN**

**Diagnosis:** {diagnosis}

**Resep Obat:** {prescription}

**Anjuran:** {recommendations}

**Kontrol Kembali:** {follow\_up\_date}

{clinic\_location}, {exam\_date}

Dokter Pemeriksa,

{{doctor\_name}}