

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})