

**KESEHATAN DAERAH MILITER VI/MULAWARMAN
RUMAH SAKIT TK.II DR.R. HARDJANTO**

Jl Tanjungpura VI Balikpapan
Telp 0542 – 414333 Ext 113, Fax. 0542 – 415677
e-mail : rumkit_hardjanto@yahoo.com

No Absen

HEALTH AND MEDICAL SURVEILLANCE

L T M F



NAMA :
TANGGAL LAHIR :
JENIS KELAMIN : LAKI-LAKI / PEREMPUAN
DEPT/ SERVICE : -
JENIS PEMERIKSAAN : Pre-College Student
Annual

**KESEHATAN DAERAH MILITER VI/MULAWARMAN****RUMAH SAKIT TENTARA TK. II DR. R. HARDJANTO**

Jl Tanjungpura VI Balikpapan

Telp 0542 – 414333, Fax. 0542 – 415677

e-mail : rumkit_hardjanto@yahoo.com

CONFIDENTIAL**I. IDENTITAS (Identity)**

1	Nama (<i>Name</i>)	:
2	Jenis Kelamin (<i>Sex</i>)	:
3	Tempat & Tanggal Lahir (<i>Place & date of birth</i>)	:
4	Jurusan (<i>Department</i>)	:
5	Agama (<i>Religion</i>)	:
6	Tanggal Pemeriksaan (<i>Date of examination</i>)	:
7	Alamat rumah & No.Telp (<i>Home Address</i>)	:

II. Riwayat Kesehatan (History)

1	Keluhan Utama (<i>Main Complaint</i>)	:
2	Peny. yg pernah diderita (<i>Past History</i>)	:
3	Sistem Gastro intestinalis (<i>G.I Tract</i>)	:
4	Sistem Pernafasan (<i>Respiratory System</i>)	:
5	Sistem Kardiovaskuler (<i>Cardiovascular System</i>)	:
6	Telinga, Hidung & Tenggorokan (<i>Ear Nose and Throat</i>)	:
7	Kelainan & Peny. Mata (<i>Eye Diseases</i>)	:
8	Penyakit Kulit (<i>Skin & Venereal Disease</i>)	:
9	Sistem Urinarius (<i>Urinary System</i>)	:
10	Sistem Syaraf (<i>Nervous System</i>)	:
11	Sistem Muskuloskeletal (<i>Musculoskeletal System</i>)	:
12	Gangguan Endokrin & Metabolisme (<i>Endocrine and metabolic disturbances</i>)	:
13	Operasi & Trauma yang pernah dialami (<i>Previous Surgery & injury</i>)	:

Balikpapan, Nama dan Tanda Tangan
Calon Mahasiswa



KESEHATAN DAERAH MILITER VI/MULAWARMAN

RUMAH SAKIT TENTARA TK. II DR. R. HARDJANTO

Jl Tanjungpura VI Balikpapan

Telp 0542 – 414333, Fax. 0542 – 415677

e-mail : rumkit_hardjanto@yahoo.com

III. Keadaan Umum (General Condition)

TO BE FILLED BY A DOCTOR

Tinggi Badan (<i>Body Height</i>)	:	cm	Berat Badan (<i>Body Weight</i>)	:	kg
Tekanan Darah (<i>Blood Pressure</i>)	:	mmhg	Denyut Nadi (<i>Pulse Rate</i>)	:	/mnt
Frekuensi Pernafasan (<i>Respiration Rate</i>)	:	x/mnt	Suhu Badan (<i>Temperature</i>)	:	° c

IV. Pemeriksaan Fisik (Physical Examination)

No.	PHYSICAL	A	N	Tuliskan Hasil Pemeriksaan Yang Abnormal Secara Detail. (<i>Describe abnormalities in detail</i>)
1	Kepala & Leher (<i>Head and Neck</i>)			
2	Mata (<i>Eyes</i>)			
3	Telinga (<i>Ears</i>)			
4	Hidung / Sinus (<i>Nose / Sinuses</i>)			
5	Mulut / Tenggorokan (<i>Mouth / Throat</i>)			
6	Dada & Paru (<i>Chest and Lung</i>)			
7	Perut (<i>Abdomen</i>)			
8	Jantung (<i>Heart</i>)			
9	Hati (<i>Liver</i>)			
10	Tulang Belakang (<i>Back / Spine</i>)			
11	Poros Usus & Dubur (<i>Anus and Rectum</i>)			
12	Sistem Urogenitalia (<i>Urogenital System</i>)			
13	Kelamin Pria (<i>Male Genital</i>)			
14	Kelamin Wanita (<i>Female Genital</i>)			
15	Anggota Gerak Atas (<i>Extremitas Superior</i>)			
16	Anggota Gerak Bawah (<i>Extremitas Inferior</i>)			
17	Kulit (<i>Skin</i>)			
18	Sistem Keseimbangan Syaraf (<i>Neurologis System</i>)			
19	Sikap & Kelakuan (<i>Psychiatrics</i>)			

V. Mata (Examination Of The Eyes)

Visus (<i>Vision</i>)	Tanpa Alat Bantu (<i>Unaided</i>)		Dengan Kacamata (<i>With Spectacles</i>)		Test Buta Warna (<i>Colour Blindes</i>)
	Kanan (<i>Right</i>)	Kiri (<i>Left</i>)	Kanan (<i>Right</i>)	Kiri (<i>Left</i>)	
Jauh (<i>Distant</i>)					<input type="checkbox"/> Normal
Dekat (<i>Near</i>)					<input type="checkbox"/> Partial Colour Blind
Lapang Pandang =(Normal > 70°) (<i>Visual Fields</i>)	Kanan (<i>Right</i>)			Kiri (<i>Left</i>)	<input type="checkbox"/> Colour Blind

VI. Laboratorium Summary

Hasil Terlampir (*See attached result*)

Normal	Abnormal (specify) :
--------	----------------------



KESEHATAN DAERAH MILITER VI/MULAWARMAN

RUMAH SAKIT TENTARA TK. II DR. R. HARDJANTO

Jl Tanjungpura VI Balikpapan
Telp 0542 – 414333, Fax. 0542 – 415677
e-mail : rumkit_hardjanto@yahoo.com

DAFTAR RIWAYAT KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan :

- 1. Nama :
- 2. Tempat Tanggal Lahir :
- 3. Jurusan :

Dengan ini menerangkan dengan sebenar benarnya riwayat kesehatan saya sebagai berikut : **(Coret Pada Bagian yang tidak dipilih)**

- 1. Pernah / Tidak pernah di rawat, bila pernah dirawat karena
- 2. Pernah / tidak pernah dioperasi, bila pernah jelaskan jenis operasi.....Tahun.....
- 3. Sakit Ayan/Epilepsi : Pernah / Tidak Pernah
- 4. Sakit Kejang : Pernah / Tidak Pernah
- 5. Patah Tulang : Pernah / Tidak Pernah
- 6. Batuk lama : Pernah / Tidak Pernah
- 7. Sakit kuning : Pernah / Tidak Pernah
- 8. Sakit Kencing batu : Pernah / Tidak Pernah
- 9. Sakit tekanan darah tinggi : Pernah / Tidak Pernah
- 10. Sakit Asma : Pernah / Tidak Pernah
- 11. Saat ini saya sedang mengkonsumsi obat : Ya / Tidak

Jika Ya, Sebutkan :

- a.
- b.
- c.

Demikian sura pernyataan ini kami buat dengan sebenar benarnya dan saya bertanggung jawab atas kebenarannya.

Balikpapan, , 20

Dokter pemeriksa

Hormat Kami

.....