

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN  
SIPENMARU GELOMBANG III POLTEKKES KEMENKES  
TAHUN AKADEMIK 2020/2021**

3X4 CM

*\* diisi oleh peserta*

Nama Peserta : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir :     /     /     Umur :     tahun  
 Nomor Peserta : \_\_\_\_\_ No. Kontak : \_\_\_\_\_  
 Prodi Pilihan : \_\_\_\_\_ Poltekkes Pilihan: \_\_\_\_\_

*\* diisi oleh dokter pemeriksa*

Dokter pemeriksa : \_\_\_\_\_ Tgl. Periksa : \_\_\_\_\_  
 Tempat/alamat pemeriksaan : \_\_\_\_\_ No.Kontak : \_\_\_\_\_  
 Nomor SIP : \_\_\_\_\_

No	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL	KELAINAN	KETERANGAN
1	<b>FISIK/VISUAL</b>			
	Tekanan darah : .....			
	Nadi : .....			
	Tinggi Badan : ..... cm			
	Berat Badan : ..... kg			
2	<b>MATA</b>			
	Buta Warna :     parsial/total			
	Visus			
	Strabismus			
3	<b>TELINGA</b>			
	Kiri			
	Kanan			
4	<b>TYROID</b>			
5	<b>JANTUNG (bising jantung)</b>			
6	<b>PARU-PARU (tidak perlu photo thorax)</b>			
7	<b>ABDOMEN</b>			
8	<b>REFLEK</b>			
	Pupil			
	Triceps			
	Patela			
	Achilles			
9	<b>WICARA</b>			
	Cadel			
	Gagap			
10	EKSTREMITAS:tremor: YA / TIDAK			

Riwayat Penyakit yang pernah atau sedang diderita dan cacat fisik

1	Epilepsi	Ya / Tidak	5	Diabetes Melitus (DM)	Ya / Tidak
2	Gangguan Jiwa	Ya / Tidak	6	Hipertensi	Ya / Tidak
3	Asma	Ya / Tidak	7	Cacat Fisik	Ya / Tidak
4	Jantung	Ya / Tidak	8	Lainnya : .....	

Kesimpulan:

....., ..... Juli 2020

Dokter Pemeriksa

TandaTangan& Cap

.....  
NIP/NIK/No.SIP: