REKAM MEDIS

(KHUSUS SAINTEK)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. | INDENTITAS |  |  | | |
|  | Nama | : |  | | |
|  | Umur | : |  | | |
|  | Jenis Kelamin | : |  | | |
|  | Fakultas | : |  | | |
|  | Stambuk | : |  | | |
|  | Alamat | : |  | | |
|  |  |  |  | | |
| B. | RIWAYAT PENYAKIT (Diisi Oleh Mahasiswa): | | | | |
|  | 1. Penyakit Jantung | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Tekanan Darah Tinggi | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Asthma | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Alergi | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Penyakit Stroke | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Penyakit Diabetes Melitus | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Penyakit Liver | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Penyakit ginjal dari saluran kencing | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Riwayat Operasi | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Gangguan penglihatan | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Tuli | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Bisu | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Gagap | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Cacat lengan dan tangan | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Cacat tungkai dan kaki | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Lain-lain | | | : | (Sebutkan) ............................................................................. |
|  |  |  |  | | |
| C. | KELUHAN UTAMA SAAT INI | | | : ……………................................................................ | | |  |
| B. | RIWAYAT PENYAKIT (Diisi Oleh Mahasiswa): | | | | |
|  | 1. Tanggal Pemeriksaan | | | : | ……………………………… 2016 |
|  | 1. Keadaan Umum | | |  |  |
|  | * Kondisi Fisik | | | : | Baik / Sedang / Lemah |
|  | * TD | | | : | ……../………..mmHg |
|  | * TB | | | : | ………………..Cm |
|  | * BB | | | : | ………………..Kg |
|  | * Nadi | | | : | ………………../Menit |
|  | 1. Kepala | | |  |  |
|  | * Konjunctiva anemis | | | : | Ya / Tidak |
|  | * Sklera Ikterik | | | : | Ya / Tidak |
|  | * Buta Warna | | | : | Ya / Tidak |
|  | * Telingan Otitis | | | : | Ya / Tidak |
|  | * Mulut Tenggorokan | | | : | Normal / Tidak |
|  | 1. Leher | | |  |  |
|  | * Pembesaran Tiroid | | | : | Ya / Tidak |
|  | 1. Dada | | |  |  |
|  | * Jantung | | | : | Normal / Tidak |
|  | * Paru-paru | | | : | Normal / Tidak |
|  | 1. Abdomen | | |  |  |
|  | * Hepar/Lien | | | : | Normal / Tidak |

Palu,

……………………………………………

NIP.

*Catatan:*

Pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan di Rumah Sakit Pemerintah.

(RSPTN Tadulako, RS Undata, RS Anutapura, dan Lain-lain)