

AKADEMI KESEHATAN GIGI PUSKESAD
FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN KELAS RPL KESEHATAN GIGI
TAHUN AKADEMIK TA 2021/2022

Pas pfoto 3x4 berwarna

Nama :

Nomor Pendaftaran/ No Ujian :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ukuran Jaket Almamater :

S	M	L	XL	XXL
---	---	---	----	-----

 (harap diisi)

Prodi :

D3	Kesehatan Gigi
----	----------------

Jenis Kelamin

--

 1= Laki-laki
2 = Perempuan

Umur

		Tahun
--	--	-------

Institusi yang Dituju : **Akademi Kesehatan Gigi Puskesmas**
Jl Abdul Rahman Saleh No. 18. RT/RW 9/5 Senen, Kec Senen
Kota Jakarta Pusat

Dokter Pemeriksa :

	Tgl	Bln	2021

Tempat Pemeriksaan :

--

A. Pertanyaan Umum : (diisi oleh peserta uji kesehatan)

NO	Pertanyaan	KETERANGAN		
		(CENTANG KOLOM YANG ADA SESUAI JAWABAN)		
1	Apakah anda memiliki gangguan pada sistem syaraf seperti epilepsy, pusing/sakit kepala berulang, pisang, kejang?	Ya	Tidak	
2	Apakah anda memiliki riwayat penyakit Asthma/sesak nafas atau gangguan sistem pernafasan yang lain?	Ya	Tidak	
3	Apakah anda sekarang sedang mendapatkan pengobatan medis?	Ya	Tidak	
4	Apakah di keluarga ada riwayat penyakit Diabetes Melitus, Hipertensi, penyakit jantung coroner, Thalasemia, atau penyakit keturunan lainnya?	Ya	Tidak	

B. Pemeriksaan Fisik (diisi oleh dokter yang memeriksa)

No	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL	KELAINAN	KETERANGAN
1	Fisik <ul style="list-style-type: none"> • Tinggi badan • Berat badan • Kulit 		 cm kg
2	MATA <ul style="list-style-type: none"> • Visus • Buta warna (wajib) * • Kedua mata normal 			
3	TELINGA © <ul style="list-style-type: none"> • Kanan • Kiri 			
4	HIDUNG			
5	LIDAH			
6	PHARYNX			

7	TONSIL			
8	GIGI	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
9	THYROID			
10	JANTUNG			
11	PARU-PARU			
12	ABDOMEN			
13	REFLEK <ul style="list-style-type: none"> • Pupil • Patella • Achilles 			
14	THORAX FOTO ϕ (jika diperlukan)			
15	KEMAMPUAN BERBICARA			

Hasil penggalian informasi tentang riwayat penyakit

Kesimpulan

Rekomendasi :

Calon Peserta

(diberi tanda v)

Dapat

mengikuti pendidikan pada institusi yang dituju

Tidak

dapat mengikuti pendidikan pada isntitusi yang dituju

Keterangan

**Harus Disertakan Surat Keterangan Dari Dokter Mata
© Hanya Bila Diperlukan Ada Rekomendasi Dari Dokter THT
φ Hanya Bila Diperlukan (Ada Indikasi)*

KETUA *

(.....)

* cap basah dan tanda tanga dokter yg memeriksa