Pas foto
3 x 4

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN**
**SIPENSIM ARU AKADEMI KEPERAWATAN NOTOKUSUMO YOGYAKARTA**
**TAHUN AKADEMIK 2019/2020**

- **Diisi oleh Petugas Pendaftaran**

Nama:

Nomor Ujian :

Jenis Kelamin: 1 = Pria, 2 = Wanita

Umur : Tahun

Institusi yang dituju:

- **Diisi oleh Dokter Pemeriksa**

Dokter pemeriksa:

Tanggal Pemeriksaan

Tempat pemeriksaan

| No | Jenis Pemeriksaan | Normal | Kelainan | Keterangan |
|---|---|---|---|---|
| 1. | FISIK :<br>• Tinggi Badan<br>• Berat Badan<br>• Kulit | | | |
| 2. | MATA :<br>• Visus<br>• Buta Warna | | | |
| 3. | TELINGA :<br>• Kiri<br>• Kanan | | | |
| 4. | HIDUNG | | | |
| 5. | LIDAH | | | |
| 6. | PHARYNK | | | |
| 7. | TONSIL | | | |
| 8. | GIGI | | | |
| 9. | THYROID | | | |
| 10. | JANTUNG | | | |
| 11 | PARU-PARU | | | |
| 12 | ABDOMEN | | | |
| 13 | REFLEK<br>• Pupil<br>• Patela<br>• Achiles | | | |
| 14 | SCREENING HBsAg | | | |

- Hasil penggalian informasi tentang riwayat penyakit

- Kesimpulan

- Rekomendasi Calon Peserta [ beri tanda √ ]: ☐ Dapat ☐ Tidak dapat Mengikuti Pendidikan Di Institusi Ybs.

Tim Pemeriksa Kesehatan
Ketua

( …… )

*Keterangan*:
Bila diperlukan ada rekomendasi dari dokter THT/MATA/MEDIKAL BEDAH dengan indikasi: