**KOP dan LOGO Ruma h Sakit / Klinik**

**( b i l a a d a )**

**Informasi Umum**

**FORMULIR CATATAN KESEHATAN**

Nama lengkap: Tempat / Tanggal lahir: Jenis kelamin: Pria / Wanita

Alamat:

No. telepon / HP:

**Informasi Pemeriksaan Fisik**

No. telepon darurat:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tinggi badan: |  Cm | Berat badan: |  kg |
| Golongan darah: |   | Tekanan darah: |  mmHg |
| Foto Thorax: |   | Paru-paru: |  |
| Lien: |   | Abdomen Hepar: |   |
| Catatan: |  |  |  |

**Informasi Pemeriksaan Mata**

Penglihatan warna: Tidak buta warna / Buta warna / Buta warna parsial

Catatan:

**Informasi Penyakit**

Mohon beri tanda centang (9) pada penyakit yang pernah dan sedang dialami sampai dengan saat ini.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama Penyakit** | **Tahun** | **Keterangan** |
|  Alergi |  |  |
|  Asma |  |  |
|  Batuk darah |  |  |
|  Cacat fisik |  |  |
|  Demam berdarah |  |  |
|  Diabetes |  |  |
|  Epilepsi |  |  |
|  Gangguan pembekuan darah |  |  |
|  Malaria |  |  |
|  Penyakit ginjal |  |  |
|  Penyakit jantung |  |  |
|  Penyakit kuning |  |  |
|  Penyakit pencernaan |  |  |
|  TB |  |  |
|  Penyakit lainnya: |  |  |

Pernah dirawat di rumah sakit: Cacat tubuh:

Anamnese penyakit keluarga / keturunan:

Formulir catatan kesehatan diserahkan bersama kelengkapan dokumen lainnya pada saat pendaftaran mahasiswa baru Unand. Lampirkan hasil pemeriksaan dokter atau pemeriksaan laboratorium apabila ada.

 , 2015

Pas Foto Terbaru

4×6 cm

Berwarna

( ) Nama dan tanda tangan dokter pemeriksa

*Keterangan: cap klinik/rumah sakit harus mengenai foto dan tanda tangan dokter.*