

Surat Pernyataan Riwayat Kesehatan Calon Mahasiswa Baru
Akademi Metrologi dan Instrumentasi

Program Studi :
Tanggal :

Identitas Calon Mahasiswa

Nomor Pendaftaran :
Nama Lengkap :
Nama panggilan :
Jenis Kelamin :
Tempat & Tgl lahir :
Agama :
Alamat asal :
Alamat di Bandung :
No telepon/ HP :

Identitas Orangtua/wali

Nama Lengkap :
Pekerjaan :
Alamat :
No telepon/ HP :

Riwayat Kesehatan

Ada/Tidak ada keluhan saat ini (coret salah satu), jika ya, sebutkan :

Apakah mahasiswa **pernah** mempunyai atau **sedang** mengalami sakit atau kondisi berikut?

Berikan tanda (**v**) pada kolom yang tersedia. Setiap jawaban "**Ya**" berikan penjelasan di bagian "**Keterangan**"

No	Kondisi	Ya	Tidak
1	Riwayat nyeri dada atau berdebar, sebutkan.....		
2	Riwayat penyakit jantung, sebutkan.....		
3	Riwayat tekanan darah tinggi, sebutkan.....		
4	Riwayat batuk lama atau sesak napas, sebutkan.....		
5	Riwayat penyakit paru,.....		
6	Riwayat penyakit liver/hati, sebutkan.....		

7	Riwayat penyakit usus dan gangguan pencernaan,.....		
8	Riwayat penyakit diabetes mellitus/kencing manis,.....		
9	Riwayat penyakit lambung, sebutkan.....		
10	Riwayat gangguan pendengaran, sebutkan.....		
11	Riwayat gangguan penglihatan, sebutkan.....		
12	Riwayat perdarahan atau kelainan darah, sebutkan		
13	Riwayat penyakit ginjal atau gangguan berkemih, sebutkan		
14	Riwayat penyakit saraf, sebutkan.....		
15	Riwayat sakit kepala berulang, sebutkan.....		
16	Riwayat pingsan berulang, sebutkan.....		
17	Sering tiba-tiba pandangan tampak kosong/ bengong, sebutkan		
18	Riwayat kejang demam, sebutkan.....		
19	Riwayat konsumsi obat antikejang, sebutkan.....		
20	Riwayat epilepsi / kejang , sebutkan.....		
21	Riwayat trauma kepala/kelainan lain dengan gejala penurunan kesadaran, Sebutkan		
22	Riwayat tumor atau kanker,sebutkan.....		
23	Riwayat kelainan bawaan, sebutkan.....		
24	Riwayat alergi, sebutkan.....		
25	Riwayat rawat inap di rumah sakit, sebutkan.....		
26	Riwayat operasi, sebutkan.....		
27	Riwayat trauma (fisik/psikis) masa kecil, sebutkan.....		
28	Riwayat gangguan tidur, sebutkan		
29	Riwayat gangguan konsentrasi dan kesulitan belajar, sebutkan		
30	Riwayat phobia tertentu, sebutkan.....		
31	Riwayat depresi atau cemas berlebihan,.....		
32	Riwayat gangguan Psikosis/ Skizofrenia.....		
33	Riwayat gangguan Bipolar, sebutkan		
34	Riwayat perokok aktif,.....batang/hari, sejak usia.....		
35	Riwayat minum minuman beralkohol, sejak.....		
36	Riwayat halusinasi, sebutkan.....		
37	Riwayat gangguan jiwa masa anak.....		
38	Riwayat cacat tubuh, sebutkan.....		
39	Riwayat minum obat rutin setiap hari lebih dari 1 bulan, sebutkan		
40	Riwayat penyakit lain, sebutkan.....		
	Riwayat Penyakit Keluarga		
1	Riwayat gangguan jiwa pada keluarga, sebutkan.....		

2	Riwayat penyakit darah tinggi atau kencing manis di keluarga, sebutkan.....		
3	Riwayat penyakit jantung, stroke, paru atau penyakit berat lainnya di keluarga, sebutkan.....		
4	Riwayat kanker di keluarga,.....		
5	Riwayat percobaan bunuh diri di keluarga, sebutkan.....		
6	Riwayat epilepsi / kejang dalam keluarga, sebutkan.....		
7	Riwayat kekerasan (seksual) dalam keluarga,.....		
8	Riwayat penyakit lain, sebutkan.....		

Saya menyatakan bahwa seluruh isian pada formulir ini adalah benar dan saya mengisinya dalam keadaan sehat dan tanpa paksaan dari siapapun atau tanpa ada tekanan dari pihak manapun. Apabila di kemudian hari diketahui sebaliknya maka saya bersedia menerima sanksi apapun dari Akademi Metrologi dan Instrumentasi tanpa syarat dan tuntutan dikemudian hari sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian pernyataan yang saya buat dan tandatangan ini.

Bandung,.....

Mengetahui/ menyetujui,
Orangtua/wali

Saya yang menyatakan

Materai 6000

(.....)
(Nama Lengkap)

(.....)
(Nama lengkap)

DIISI PETUGAS KESEHATAN

1 Keadaan Umum

- Berat Badan :
- Tinggi Badan :
- Tekanan Darah :
- Lainnya :

2 Kepala

a Mata

- Kacamata :
- Juling :
- Buta warna :
- Konjungtiva :
- Sclera :
- Lainnya :

b Teling

- Serumen :
- Timpani :
- Lainnya :

c Mulut

- Kebersihan :
- Tonsil :
- Lainnya :

--	--	--	--	--

d Hidung :

e Leher KGB : Besar/ Tidak

3 Dada

- Bentuk :
- Pernafasan :
- Jantung :
- Paru :
- Lainnya :

4 Perut

- Bentuk :
- Hepar :
- Bising usus :
- Lainnya :

5 Ekstremitas

- Kulit :
- Lainnya :

Telah dilakukan pemeriksaan kesehatan atas dirinya dan dinyatakan:

SEHAT/ TIDAK SEHAT keterangan.....
.....

Dokter pemeriksa

.....

(Nama)