

No. : 002/PSB/IBS/2020
Lamp. : 1 lembar
Hal : Pemeriksaan Kesehatan Calon Santri Baru
Al Binaa Islamic Boarding School

Kepada Ykh. Petugas Kesehatan Puskesmas / Rumah Sakit / Klinik

.....

Di
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan penerimaan calon santri baru Al Binaa Islamic Boarding School Tahun Pelajaran 2020/2021 diperlukan pemeriksaan kesehatan bagi calon Santri sebagai salah satu bagian dari rangkaian tes seleksi.
Untuk itu kami mohon kesediannya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan bagi calon santri berikut:

Nama :
Alamat :

Jenis Pemeriksaan kesehatan yang dimaksud adalah:

- a. Riwayat Penyakit (*Anamnesis*)
- b. Pemeriksaan fisik (*Physical Examination*)
- c. Pemeriksaan Tajam Pengelihatan (*Visus*) dan Buta Warna

Bila visus tidak normal, diusahakan dilengkapi dengan nilai negatif, positif atau nilai silindrisnya seperti tes untuk kacamata (misal V.OD/V.OS: -1/-0,5). Hasil pemeriksaan dapat diisikan pada form sebagaimana terlampir.

Biaya-biaya untuk keperluan pemeriksaan kesehatan ini dibebankan kepada calon santri yang bersangkutan dengan mekanisme yang ditentukan oleh pihak Rumah Sakit / Puskesmas / Klinik.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Panitia PSB Al Binaa



Asep Dawami.S.Ag.

Dengan hormat,
Bersamaan ini kami sampaikan hasil pemeriksaan medis:

Nama :
Tempat, Tgl. Lahir :
Alamat :

Hasil pemeriksaan adalah sebagai berikut:

I. Riwayat Kesehatan Pribadi

1. Apakah pernah sakit sinusitis? : Tidak / Ya Ket: Ringan - Sedang - Berat
2. Apakah pernah sakit TBC? : Tidak / Ya Ket: Sembuh - Proses
Pengobatan
3. Apakah pernah sakit hepatitis? : Tidak / Ya Ket: Sembuh - Proses
Pengobatan
4. Apakah ada riwayat dirawat di RS? : Tidak / Ya Ket: berapa kali
5. Apakah Anda cocok tinggal di daerah panas? : Tidak / Ya
6. Apakah Anda sudah mendapatkan Vaksinasi lengkap : Tidak / Ya
7. Pola Makan : Teratur 3X sehari/ Tidak
8. Riwayat penyakit keluarga : DM,HT,

II. Hasil Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum
Tinggi Badan : _____ cm/ _____ kg
Golongan Darah : _____
Tekanan Darah : _____ mmHg
2. Kepala
a. Mata
Pakai
Kacamata : Ya / Tidak Ket: Visus
Buta Warna : Ya / Tidak
- b. Telinga
Membran
Timpani : Normal/Ada kelainan Ket:
Serumen : Ada / Tidak ada Ket:
Bekas Tindik : Ada / Tidak ada Ket:
- c. Hidung
Polyp : Normal/Ada kelainan Ket:
- d. Tenggorok
Tonsil : Normal/Ada kelainan Ket:
Pharynx : Normal/Ada kelainan Ket:
3. Leher
Pembesaran Kelenjar : Normal/Ada kelainan Ket:
4. Dada
Jantung : Normal/Ada kelainan Ket:
Paru-paru : Normal/Ada kelainan Ket:
5. Perut
Hepar : Normal/Ada kelainan Ket:
Limpa : Normal/Ada kelainan Ket:
Hernia : Ada / Tidak ada Ket:
6. Ekstremitas
Atas : Normal/Ada kelainan Ket:
Bawah : Normal/Ada kelainan Ket:
7. Penyakit Kulit : Ada / Tidak ada Ket:
8. Riwayat Alergi : Makanan/Debu/obat Ket:
9. Penyakit Gastritis : Ada / Tidak ada Ket:
10. Kelainan bawaan lahir: Ada/ tidak Ket:
11. Riwayat Haidh dan Regulasi untuk santri putri (Sudah/Belum dan Teratur/Tidak Teratur)

Telah melakukan pemeriksaan dengan benar, dan data yang kami laporkan adalah sesuai dengan hasil pemeriksaan.

.....,2019/2020
Dokter Pemeriksa,

DR.
NIP