

**FORM B**  
**Formulir Pemeriksaan Kesehatan**  
**Penerimaan Peserta Didik Satuan Pendidikan Vokasi di Lingkungan**  
**Kementerian Kelautan dan Perikanan**  
**Tahun .....\***

**A. Identitas Peserta**

Nama (ditulis lengkap)	:	
Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy)	:	
Umur	:	
Alamat	:	
Satuan Pendidikan Pilihan	:	

*\*Pengisian hanya dilakukan oleh dokter yang memeriksa Kesehatan*

*\*Isi kotak  dengan tanda ceklist*

**B. Anamnesa**

Keluhan Kesehatan Utama	:	
Riwayat Kesehatan Sekarang	:	
Riwayat Penyakit Terdahulu	:	
Riwayat Penyakit Keluarga	:	
Riwayat Penyakit Menular	:	
Tanggal:		Paraf:

### C. Pemeriksaan Dokter

No.	Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan
1	Tinggi Badan            cm Berat Badan            kg	<input type="checkbox"/> Sangat Ideal <input type="checkbox"/> Ideal <input type="checkbox"/> Cukup Ideal <input type="checkbox"/> Kurang Ideal
2	Tekanan Darah Sistole            mmHg Diastole           mmHg	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Berat
3	Buta Warna	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parsial <input type="checkbox"/> Total
4	Kepala dan Leher	
	a. Mata: Visus (kanan dan kiri) <i>Penilaian menggunakan Snellen Chart</i>	Visus kanan : ..... Visus kiri : .....
	• Konjungtiva	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anemia Ringan <input type="checkbox"/> Anemia Berat
	• Sklera	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ikterik
	• Berkacamata	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	• Jika berkacamata (ukuran minus/plus/silinder mohon diisikan)	<input type="checkbox"/> Minus: .....* <input type="checkbox"/> Plus: .....* <input type="checkbox"/> Silinder: .....*
	b. Hidung	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Radang <input type="checkbox"/> Polip
	c. Telinga	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serumen <input type="checkbox"/> Radang <input type="checkbox"/> Polip
	d. Tenggorokan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tonsilitis ringan <input type="checkbox"/> Tonsilitis sedang <input type="checkbox"/> Tonsilitis berat
	e. Gigi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plaque <input type="checkbox"/> Carries Terawat <input type="checkbox"/> Carries Tidak Terawat <input type="checkbox"/> Tanggal
	Tanggal:.....	Paraf:

5	Thorax (dada)	
	a. Paru	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Krepitasi

	b. Jantung	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal
	Posisi Jantung	<input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/> Dextra
6	Abdomen (perut)	
	a. Hepar	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembesaran 1 jari BAC <input type="checkbox"/> Pembesaran 2 jari BAC <input type="checkbox"/> Pembesaran >3 jari BAC <input type="checkbox"/> Nyeri tekan
	b. Lien	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembesaran
7	Extremitas (alat gerak)	
	a. Superior	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ada kelainan (poliductile, dll)
	b. Inferior	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bentuk X atau O
	c. Varises	<input type="checkbox"/> Parah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Tidak
8	Hemoroid/Ambeien	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Berat
9	Riwayat Penyakit	
	a. Penyakit yang pernah diderita :	
	• Epilepsi	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	• Hernia	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	• Patah tulang	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	• Asthma	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	• Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah (Jenis .....*)
	• Tuberkulosis	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Pernah (sembuh / dalam perawatan)*
	• Lainnya	<input type="checkbox"/> .....* <input type="checkbox"/> .....*
	Tanggal:.....	Paraf:

	b. Penyakit bawaan / keturunan :	
	Jantung	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Talasemia	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
	Lainnya	<input type="checkbox"/> .....*

		<input type="checkbox"/> .....
10	Riwayat Kesehatan	
	Apakah pernah dirawat di rumah sakit	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	Jika pernah, sebutkan diagnosis perawatannya	<input type="checkbox"/> Demam Berdarah Dengue <input type="checkbox"/> Tifoid <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....

#### D. Pemeriksaan Laboratorium

No.	Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan
1	<p>Hasil Pemeriksaan Laboratorium</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Darah Lengkap</li> <li><b>1. Sel Darah Merah/Eritrosit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hemoglobin (Hb)</li> <li>b, Hematokrit (Ht)</li> <li>c. Jumlah Eritrosit</li> <li>d. MCV, MCH, MCHC</li> <li>e. RDW</li> </ul> </li> <li><b>2. Sel Darah Putih/Leukosit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah Leukosit</li> <li>b. Hitung Jenis/Diff Count <ul style="list-style-type: none"> <li>Persentase 5 jenis leukosit</li> <li>- Neutrofil</li> <li>- Limfosit</li> <li>- Monosit:</li> <li>- Eosinofil:</li> <li>- Basofil</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>3. Keping Darah/Trombosit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah Trombosit:</li> <li>b. MPV</li> <li>c. LED/Laju Endap Darah</li> </ul> </li> <li><b>4. Hasil laboratorium sebagaimana, terlampir.</b></li> </ul>	
		<p>Kesimpulan secara keseluruhan</p> <input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sehat dengan pertimbangan <input type="checkbox"/> Tidak Sehat
	Catatan Dokter	

--	--	--

Kab./Kota.....\*\*, .....-.....-.....\*\*\*

Dokter yang memeriksa,

(.....)\*

\*nama, tanda tangan, dan stempel)

Keterangan :

\*diisi sesuai dengan data pendaftaran

\*\*diisi nama Kab./Kota

\*\*\*diisi Tanggal – Bulan – Tahun