

FORM B

Formulir Pemeriksaan Kesehatan

Penerimaan Peserta Didik Sekolah Usaha Perikanan Menengah Tahun 2025

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 Snellent 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
	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"/> Caries Terawat <input type="checkbox"/> Caries Tidak Terawat <input type="checkbox"/> Tanggal
5	Thorax (dada)	
	a. Paru	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ronchi

No.	Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan
		<input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Krepitasi
	b. Jantung	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak Normal
	<ul style="list-style-type: none"> • Posisi Jantung 	<input type="checkbox"/> Sinistra <input type="checkbox"/> Dextra
		Tanggal: _____ Paraf: _____

No.	Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan
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 :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsi 	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	<ul style="list-style-type: none"> • Hernia 	<input type="checkbox"/> Tidak pernah <input type="checkbox"/> Pernah
	<ul style="list-style-type: none"> • 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"/>
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"/>
		Tanggal: _____ Paraf: _____

No.	Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan
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"/> Thifoid <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....,
.....2025

Dokter yang memeriksa,

(.....)*

*nama, tanda tangan, dan stempel)