



FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
PMB UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KLATEN
TAHUN AJARAN 2023/2024

*** Diisi oleh Pendaftar**

Nama

ID Pendaftar

Jenis Kelamin 1 = Pria
2 = Wanita

Umur Tahun

Program Studi Yang dituju :

*** Diisi oleh Dokter Pemeriksa**

Dokter Pemeriksa Tanggal Pemeriksaan :

Tempat Pemeriksaan

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	KELAINAN	KETERANGAN
1	Tanda-Tanda Vital a. Tekanan Darah b. Suhu Badan c. Pernapasan d. Nadi			
2	Pengukuran Antropometri a. Tinggi Badan b. Berat Badan			
3	Pemeriksaan Fisik Kepala a. Bentuk Kepala			
4	Mata a. Visus b. Sklera c. Konjungtiva d. Buta Warna			
5	Hidung			

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	KELAINAN	KETERANGAN
6	Mulut a. Gigi b. Lidah c. Kemampuan Bicara d. Tonsil e. Pharynx			
	Thyroid			
8	Telinga a. Tes Daya Dengar			
9	Dada a. Jantung b. Paru			
10	Abdomen			
11	Ekstremitas			
12	Reflek a. Pupil b. Patela c. Achilles			
13	PP Test			

* Hasil penggalan informasi tentang riwayat penyakit

--

* Catatan

--

Kesimpulan

--

.....,

Tim Pemeriksa Kesehatan

[.....]

Keterangan :

- 1 Bila perlu ada rekomendasi/ Konsul Dokter 2 Bila diperlukan [ada indikasi]
3 Bila ada penilaian khusus dituliskan di kolom catatan khusus