



مَعَهْدُ الْبِنَاءِ لِلدِّرَاسَةِ الْإِسْلَامِيَّةِ  
AL BINAA ISLAMIC BOARDING SCHOOL

No. : 002/PSB/IBS/2018  
Lamp. : 1 lembar  
Hal : Pemeriksaan Kesehatan Calon Santri Baru  
Al Binaa Islamic Boarding School

Kepada Ykh. Petugas Kesehatan Puskesmas / Rumah Sakit

Di  
Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan penerimaan calon santri baru Al Binaa Islamic Boarding School TP. 2019/2020 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 :  
Kode Aktivasi :  
Alamat :

Jenis Pemeriksaan kesehatan yang dimaksud adalah:

- Riwayat Penyakit (*Anamnesis*)
- Pemeriksaan fisik (*Physical Examination*)
- 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), dan pemeriksaan darah HBsAg. 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.

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

Kab. Bekasi, November 2018  
Ketua Panitia,

Asep Dawami.S.Ag.

Dengan hormat,

Bersamaan ini kami sampaikan hasil pemeriksaan medis:

Nama :  
No. Pendaftaran :  
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)
12. Pemeriksaan laboratorium (Hepatitis B) dilampirkan.

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

....., ..... 2018  
Dokter Pemeriksa,

dr. ....  
NIP

**NB: Seluruh item pemeriksaan harus terisi oleh dokter lembaga kesehatan pemerintahan setempat sebagai syarat pendaftaran**