



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.

....., ..... 2018/2019  
Dokter Pemeriksa,

dr. ....  
NIP

**NB: Seluruh item pemeriksaan silahkan diisi oleh Dokter Umum di klinik/Puskesmas/RSUD/RS Swasta setempat sebagai syarat pendaftaran, untuk poin 12 boleh dilakukan secara terpisah**