



KETERANGAN KESEHATAN

Diisi oleh Dokter

Jenis Kelamin

Nama Calon Mahasiswa :

L P

Tempat/Tanggal Lahir :

/

Usia: tahun

Alamat :

Kota/Provinsi :

Kode Pos:

Hasil Pemeriksaan :

Area	Normal/Abnormal	Keterangan
Kepala/EENT		
Penglihatan		
Pendengaran		
Respiratory		
Cardiovascular		
Gastrointestinal		
Musculoskeletal		
Kulit		
Metabolik/Endocrine		
Evaluasi Mental		

1. Apabila ada hasil tes laboratorium atau diagnosis yang agak kabur, mohon berikan penjelasan.
2. Apakah calon mahasiswa menderita alergi? Kalau ada, silakan didaftarkan.



3. Apakah calon mahasiswa memerlukan tindakan pengobatan selama kuliah? Bila ya, silakan didaftarkan.
4. Apakah calon mahasiswa memiliki keterbatasan atau disabilitas fisik? Bila ada, silakan dijabarkan.
5. Daftarkan catatan kesehatan yang pernah dialami (termasuk operasi, diabetes, sakit jantung, sakit syarat, tuberculosis, atau penyakit menular lain).
6. Apakah ada rekam kesehatan yang diperkirakan akan membuat calon mahasiswa tidak dapat mengikuti studi di STT Amanat Agung?
7. Silakan berikan tambahan temuan yang perlu untuk diperhatikan.

tanda tangan di sini

(_____)
Nama Lengkap Dokter Pemeriksa

Catatan:

Data dalam formulir ini hanya dipakai untuk keperluan admisi.

Apabila diterima, calon mahasiswa wajib menyerahkan **Foto Thorax**.