

<u>Nama Pasien</u> :	<u>Nomor Rekam Medik</u> :	
<i>Patient's Name</i>	<i>Medical Record Number</i>	
<u>Tanggal Lahir</u> :	<u>Usia</u> :	<u>tahun</u>
<i>Date of Birth</i>	<i>Age</i>	<i>y.o.</i>
<u>Alamat Pasien</u> :	<u>Jenis Kelamin</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Pria</u> <input type="checkbox"/> <u>Wanita</u>
<i>Patient's Address</i>	<i>Sex</i>	<i>Male</i> <i>Female</i>
<u>Nama Rumah Sakit</u> :	<u>Jam Masuk Kamar</u> :	<u>Jam Keluar Kamar</u> :
<i>Hospital Name</i>	<i>Admission Time</i>	<i>Discharge Time</i>
<u>Jenis Layanan</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Rawat Inap</u> <input type="checkbox"/> <u>Pre/Post Rawat Inap</u>	<input type="checkbox"/> <u>Penyakit Kritis</u> <input type="checkbox"/> <u>Lain-lain</u>
<i>Type of Service</i>	<i>In Patient</i> <i>Pre/Post Hospitalization</i>	<i>Critical Illness</i> <i>Others</i>
<u>Tanggal perawatan</u> :	/ /	<u>s.d.</u> / / <u>tgl/bln/thn</u>
<i>Date of hospitalization</i>	<i>to</i>	<i>dd/mm/yyyy</i>
<u>Keluhan/gejala yang dirasakan</u> :		
<i>Nature of symptoms</i>		
<u>Pemeriksaan fisik</u> :	<u>Tekanan darah:</u> / mmHg	<u>Lainnya:</u>
<i>Physical examination</i>	<i>Blood pressure</i>	<i>Others</i>
<u>Tanggal konsultasi pertama</u> :	/ /	<u>tgl/bln/thn</u>
<i>Date of first consultation</i>		<i>dd/mm/yyyy</i>
<u>Sejak kapan pasien telah mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama?</u> :	/ /	<u>tgl/bln/thn</u> <u>atau sudah berapa lama:</u>
<i>Since when the patient has got the symptoms before the first consultation?</i>	<i>dd/mm/yyyy</i>	<i>or how long</i>
<u>Diagnosa</u> :		
<i>Diagnosis</i>		
<u>Apakah Diagnosa tersebut di atas berhubungan dengan:</u> :		
<i>Does the above Diagnosis related to</i>		
	<input type="checkbox"/> <u>Pemeriksaan kesehatan rutin</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pengobatan gigi dan gusi</u>
	<i>Medical check up</i>	<i>Dental treatment</i>
	<input type="checkbox"/> <u>Kelainan/cacat bawaan</u>	<input type="checkbox"/> <u>Kelainan kejiwaan</u>
	<i>Congenital or Hereditary disease</i>	<i>Mental disorder</i>
	<input type="checkbox"/> <u>Kehamilan, persalinan, atau keguguran</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pekerjaan</u>
	<i>Pregnancy, delivery or abortion</i>	<i>Occupational</i>
<u>Anamnesis penyakit yang pernah diderita sebelumnya</u> :		
<i>Anamnesis of past medical history</i>		
<u>Hasil pemeriksaan penunjang</u> :		
<i>Other examinations? (Laboratory, Radiology, etc.)</i>		
<u>Apakah diperlukan tindakan pembedahan? Jika "Ya", sebutkan tanggal, jenis pembedahan dan jenis anastesi yang dilakukan?</u> :		
<i>Was a surgical operation performed? If "Yes", please state date, type of operation and type of anesthesia used?</i>		
	<input type="checkbox"/> <u>Ya</u>	<input type="checkbox"/> <u>Tidak</u>
	<i>Yes</i>	<i>No</i>
	<u>Tujuan pembedahan</u> <input type="checkbox"/> <u>Kuratif</u>	<input type="checkbox"/> <u>Diagnostik</u>
	<i>Purpose of surgery</i> <i>Curative</i>	<i>Diagnostic</i>
	<u>Tgl. pembedahan</u> : / /	<u>tgl/bln/thn</u>
	<i>Date of surgery</i>	<i>dd/mm/yyyy</i>
	<u>Jenis pembedahan</u>	
	<i>Type of surgery</i>	
	<u>Jenis anastesi</u>	
	<i>Type of anesthesia</i>	
<u>Apakah rawat inap pasien ini atas rekomendasi dokter?</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Ya</u>	<input type="checkbox"/> <u>Tidak</u> <u>Mohon penjelasan:</u>
<i>Was the hospitalization base on doctor's recommendation?</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i> <i>Please explain</i>
<u>Apakah rawat inap pasien ini atas permintaan pasien sendiri?</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Ya</u>	<input type="checkbox"/> <u>Tidak</u>
<i>Was the hospitalization base on patient's request?</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
<u>Apakah pasien mengajukan permohonan untuk memperpanjang perawatan?</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Ya</u>	<input type="checkbox"/> <u>Tidak</u>
<i>Did the patient ask for an extension of hospitalization?</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
<u>Apakah Pasien menderita penyakit lainnya, baik yang diderita saat menjalani perawatan atau sebelum perawatan?</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Ya</u>	<input type="checkbox"/> <u>Tidak</u> <u>Jika Ya, mohon jelaskan:</u>
<i>Have the patient suffered another illness, either suffered during treatment or before treatment?</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i> <i>If Yes, please detail</i>
	<u>Diagnosa</u> :	
	<i>Diagnosis</i>	
	<u>Diderita sejak</u> : / /	<u>tgl/bln/thn</u>
	<i>Suffered since</i>	<i>dd/mm/yyyy</i>
<u>Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya</u>		
<i>Hereby I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge</i>		
<u>Dokter Pemeriksa</u>		
<i>Physicians</i>		
<u>Nama Dokter</u> :		
<i>Doctor's Name</i>		
<u>Spesialisasi</u> :		
<i>Spesialization</i>		
<u>Nomor Handphone</u> :		
<i>Cellphone Number</i>		
<u>Tempat & Tanggal</u> : / /	<u>tgl/bln/thn</u>	<u>Tanda tangan & nama jelas beserta cap rumah sakit</u>
<i>Place & date</i>	<i>dd/mm/yyyy</i>	<i>Signature & name with Hospital's stamp</i>