

LAPORAN PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON PESERTA

No :

Kepada Dokter yang memeriksa diminta mencocokkan keadaan calon Peserta, dengan kartu indentitasnya (KTP/SIM) dan mengisi jawaban dengan jelas:

I. IDENTITAS

Nama Peserta :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
No KTP / SIM :

II. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Keluarga	Masih Hidup		Sudah Meninggal			
	Umur	Keadaan Kesehatan	Jumlah	Umur Saat Meninggal	Sebab meninggal	Lamanya Sakit Terakhir
Ayah						
Ibu						
Istri/suami						
	Jumlah					
Saudara laki-laki						
Saudara Perempuan						
Anak-anak						

III. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

- Pernahkah Calon dirawat dirumah sakit, sanatorium atau tempat perawatan kesehatan lain ?
Jika pernah, sebutkan untuk apa, dimana, kapan, dan berapa lama ?
- Pernahkah Calon mendapat luka berat atau operasi ?
Kapan dan untuk penyakit apa ?
- Apakah Calon pernah atau sedang menderita : (mohon diberi tanda silang pada kotak tersedia)

<input type="checkbox"/> Sering sakit kepala / pusing	<input type="checkbox"/> Sesak napas
<input type="checkbox"/> Sakit dada dan atau jantung berdebar	<input type="checkbox"/> Muntah darah
<input type="checkbox"/> Batuk berdahak/ Tuberkulosis	<input type="checkbox"/> Penyakit gondok/ struma
<input type="checkbox"/> Penyakit kuning/ penyakit hati hepatitis	<input type="checkbox"/> Penyakit gula/ Diabetes
<input type="checkbox"/> Penyakit jantung	<input type="checkbox"/> Penyakit hipertensi
<input type="checkbox"/> Penyakit stroke/ sumbatan pembuluh darah	<input type="checkbox"/> Penyakit lain berdasarkan keterangan
- Pernahkah Calon diperiksa kesehatannya untuk asuransi jiwa sebelumnya ?

IV. PEMERIKSAAN KESEHATAN SEKARANG

1. UKURAN BADAN

- (a) Tinggi badan tanpa sepatu : cm (d) Lingkar Perut : cm
(b) Berat Badan tanpa sepatu : kg (e) Lingkar dada (tarik napas) : cm
(c) Lingkar Leher : cm (f) Lingkar dada (keluar napas) : cm

2. KEADAAN UMUM

- (a) Apakah saudara kenal pada calon ?
(b) Apakah calon kelihatan kurang sehat atau lebih tua dari umur yang disebutkan ?
(c) Adakah tanda-tanda luar yang memberikan kesan bahwa calon menderita suatu penyakit atau ketergantungan pada obat, minuman keras dan sebagainya ?

3. TELINGA, HIDUNG, TENGGOROKAN, MATA

Bagaimana keadaan

- (1). Mata : (2). Telinga : (3). Hidung :
(4). Lidah : (5). Gigi : (6). Tenggorokan :

4. KERANGKA OTOT DAN URAT SYARAF

- (a) Bagaimana keadaan kerangka, otot dan gizinya ?
(b) Adakah persangkaan penyakit pada otak, spiral dan urat syaraf ?
(c) Bagaimana reflek-reflek lutut, A-chili, perut, cremaster Babinski ?
(d) Adakah tanda-tanda kelainan Neurologik misalnya tremor, paralyse dan lain-lain ?

5. RONGGA DADA DAN PARU-PARU

- (a) Adakah kelainan pada bentuk rongga dada ?
(b) Adakah pernapasan symetris dan teratur ?
(c) Adakah kelainan pada perkusi dan Auskultasi ?
(d) Adakah Calon Asthmatis ?

6. SIRKULASI DARAH

- (a) Tekanan darah - systolik : - diastolik :
Pengukuran diulangi setelah 5 menit, jika tekanan darah lebih dari 140/90
- (b). Nadi :
- | | | |
|---------------------|-----------------|------------------|
| Istirahat | Tekuk lutut 10x | 5 menit kemudian |
| Rata-rata per menit | : | : |
| Extra Systole | : | : |
- (c). Adakah tanda-tanda peripheral vascular :

7. JANTUNG

- (a). Dimanakah ictus cordis dada diraba ?
- (b) Tentukan batas-batas jantung ?
- (c). Adakah tanda-tanda pembesaran jantung ?
- (d). Adakah tanda-tanda dari dekompensasi cordis ?
- (e). Adakah mur-mur atau bunyi jantung yang tidak normal?

Kalau ada isi pernyataan berikut :

TEMPAT DIDENGARNYA

Waktu

- Systolik
- Diastolik
- Prosytolik

Intensitas

- Lemah
- Sedang
- Kuat

Intensitas

- Grade 1-2
- Grade 3-4
- Grade 5-6

Transmisi ke :

Apakah Diagnosa Saudara ?

8. PERUT DAN ALAT-ALAT RONGGA PERUT

- a) Bagaimana keadaan dinding perut dan isi perut Misalnya apabila ditekan terasa sakit?
- b) Apakah hepar dan lien sehat?
Adakah nyeri tekan/ lepas/ pembesaran?
- c) Apakah tanda-tanda bekas operasi?
Sebab?
- d) Apakah ada Hernia? Jelaskan?

9. ALAT-ALAT UROGENITALIS

- a) Bagaimana keadaan ginjal?
- b) Adakah tanda-tanda syphilis, gonorrhoe?
- c) Adakah tanda-tanda stricture atau kencing batu?
- d) Adakah pembesaran prostat, kelenjar-kelenjar lain?

10. KHUSUS WANITA

- a) Apakah calon pernah atau sedang menderita kelainan-kelainan pada peranakan atau payudara?
- b) Adakah kelainan-kelainan dalam kehamilan dan atau menstruasi?
- c) Apakah calon saat ini hamil? Jika ya, bulan ke berapa?
- d) Kapan terakhir bersalin?

11. KESIMPULAN

- (a) Berdasarkan pemeriksaan saudara, apakah anda menganjurkan suatu pemeriksaan tambahan atau laporan tambahan?
- (b) Bagaimana pendapat saudara tentang kemungkinan hidup Calon Peserta berdasarkan kesehatan sekarang untuk jangka waktu
- 5 tahun yang akan datang : baik - sedang – buruk
 - 10 tahun yang akan datang : baik - sedang – buruk
 - 15 tahun yang akan datang : baik - sedang - buruk

Dokter Pemeriksa

(Stempel, Nama Jelas dan tanda Tangan)