



## PERNYATAAN RIWAYAT KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_

Tempat, tanggal lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan bahwa sesuai pengetahuan saya, riwayat kesehatan saya adalah <sup>\*)</sup>

1. Pernah menderita penyakit di bawah ini

| Penyakit               | Ya | Tidak | Penyakit                   | Ya | Tidak | Penyakit                          | Ya | Tidak |
|------------------------|----|-------|----------------------------|----|-------|-----------------------------------|----|-------|
| Sering flu             |    |       | Maag                       |    |       | Sering sakit kepala               |    |       |
| Asthma                 |    |       | Sakit kuning               |    |       | Gangguan bicara                   |    |       |
| TBC                    |    |       | Batu empedu                |    |       | Ayan/epilepsy                     |    |       |
| Radang paru            |    |       | Hernia                     |    |       | Kencing manis                     |    |       |
| Bronchitis             |    |       | Ambeien                    |    |       | Kencing nanah                     |    |       |
| Radang selaput paru    |    |       | Gangguan saluran kencing   |    |       | Infeksi lain akibat hubungan seks |    |       |
| Stroke                 |    |       | Gangguan ginjal            |    |       | Demam Tifoid                      |    |       |
| Demam Rheumatik        |    |       | Batu ginjal                |    |       | Disentri amuba                    |    |       |
| Darah tinggi           |    |       | Nyeri Punggung             |    |       | Malaria                           |    |       |
| Penyakit jantung       |    |       | Gangguan sendi             |    |       | Patah tulang                      |    |       |
| Nyeri dada kiri        |    |       | Sakit kulit                |    |       | Pingsan berulang                  |    |       |
| Varices                |    |       | Sulit tidur                |    |       | Tumor                             |    |       |
| Gangguan saluran cerna |    |       | Gugup atau gangguan mental |    |       | Alergi obat/makanan               |    |       |

2. Saat ini sedang dalam pengobatan/minum obat? [ Ya | Tidak ]

jika ya jelaskan (apa dan kapan): \_\_\_\_\_

3. Pernah menderita batuk berdarah? [ Ya | Tidak ]

jika ya jelaskan (apa dan kapan): \_\_\_\_\_

4. Memiliki kelainan darah dan atau air seni (urine)? [ Ya | Tidak ]

jika ya jelaskan (mengapa dan kapan) : \_\_\_\_\_

5. Pernah dirawat? [ Ya | Tidak ]

jika ya jelaskan (mengapa dan kapan) : \_\_\_\_\_

<sup>\*)</sup> Untuk nomor 1 beri tanda silang (X) pada Ya atau Tidak  
Untuk nomor 2 hingga 18 coret yang tidak benar

6. Pernah tidak masuk kerja (beraktivitas) dalam waktu lama (lebih dari 1 bulan)? [ Ya | Tidak ]  
Jika ya jelaskan (mengapa dan kapan) : \_\_\_\_\_
7. Pernah operasi? [ Ya | Tidak ]  
jika ya jelaskan (apa dan kapan) : \_\_\_\_\_
8. Pernah menderita kecelakaan? [ Ya | Tidak ], jika ya jelaskan:  
a. Apakah ada trauma kepala pada saat kecelakaan: [ Ya | Tidak ]  
b. Apakah dirawat? [ Ya | Tidak ], Jika dirawat berapa lama? \_\_\_\_\_  
c. Saat kecelakaan kehilangan kesadaran? [ Ya | Tidak ], jika ya berapa lama? \_\_\_\_\_
9. Apakah anda pernah konsultasi ke dokter ahli jiwa? [ Ya | Tidak ]  
jika ya jelaskan (mengapa dan kapan): \_\_\_\_\_
10. Sedang mengkonsumsi obat secara teratur? [ Ya | Tidak ]  
jika ya sebutkan obatnya: \_\_\_\_\_
11. Dalam program penurunan berat badan dalam 3 tahun terakhir? [ Ya | Tidak ]  
jika ya jelaskan: \_\_\_\_\_
12. Pernah ditolak asuransi kesehatan? [ Ya | Tidak ]  
jika ya jelaskan: \_\_\_\_\_
13. Pernah ditolak melamar kerja karena masalah kesehatan? [ Ya | Tidak ]  
jika ya jelaskan: \_\_\_\_\_
14. Pernah mendapat kompensasi akibat gangguan kesehatan permanen? [ Ya | Tidak ]  
jika ya jelaskan: \_\_\_\_\_
15. Saat ini merasa dalam keadaan sehat? [ Ya | Tidak ]  
jika **tidak** jelaskan: \_\_\_\_\_
16. Merokok? [ Ya | Tidak ]  
jika ya sudah berapa lama : \_\_\_\_\_, berapa batang per hari : \_\_\_\_\_
17. Peminum minuman beralkohol? [ Ya | Tidak ]  
jika ya sudah berapa lama : \_\_\_\_\_

\*1) Untuk nomor 1 beri tanda silang (X) pada Ya atau Tidak  
Untuk nomor 2 hingga 18 coret yang tidak benar

18. Khusus untuk Wanita:

- a. Mendapat haid secara teratur? [ **Ya** | **Tidak** ]
- b. Haid mengeluarkan darah berlebihan (ganti pembalut  $\pm$  8 kali/hari)? [ **Ya** | **Tidak** ]
- c. Meminum pil kontrasepsi? [ **Ya** | **Tidak** ], jika ya sudah berapa lama: \_\_\_\_\_
- d. Setiap haid menimbulkan rasa nyeri ? [ **Ya** | **Tidak** ], jika ya sejak kapan : \_\_\_\_\_
- e. Memerlukan istirahat pada saat haid? [ **Ya** | **Tidak** ]
- f. Saat ini sedang hamil? [ **Ya** | **Tidak** ]

Demikian surat pernyataan riwayat kesehatan ini saya dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2015  
Yang membuat pernyataan,

\_\_\_\_\_  
Nama:

\*1) Untuk nomor 1 beri tanda silang (X) pada Ya atau Tidak  
Untuk nomor 2 hingga 18 coret yang tidak benar