

## DAFTAR ISIAN RIWAYAT KESEHATAN

Jawablah dengan **Jujur dan Teliti**

Apakah saudara **PERNAH/SEDANG** menderita penyakit - penyakit sebagai berikut :

- Bila ada dua atau lebih jawaban, coret yang tidak perlu
- Beri tanda “√” pada jawaban yang saudara kehendaki

### I. IDENTITAS

1. Nama : .....
2. Tempat Tanggal Lahir: .....
3. Jenis kelamin : .....
4. No Tes : .....
5. Alamat Rumah : .....
6. No. Telepon / Hp : .....
7. Agama : .....

### II. ANAMNESA / RIWAYAT PENYAKIT

1. Apakah saudara pernah / sedang menderita / kelainan dibawah ini  
( beri tanda √ pada kolom yang dipilih)

No	Teliti satu satu	Ya	Tidak	Keterangan
1	Sering Sakit Kepala			
2	Sering muntah			
3	Riwayat Cedera Kepala			
4	Sering Kejang			
5	Epilepsi			
6	Sering Gemetar			
7	Sering Pingsan			
8	Riwayat Stroke			
9	Luka- luka akibat kecelakaan			
10	Riwayat Kecelakaan Berat			
11	Kehilangan Salah Satu Anggota Tubuh			
12	Riwayat Patah Tulang Bila iya, Kapan dan Anggota Tubuh?			
13	Riwayat Nyeri Sendi			
14	Riwayat Asma			
15	Riwayat Batuk lebih dari 2 Minggu			
16	Riwayat Batuk Darah			
17	Riwayat Nyeri Dada			
18	Riwayat Merokok, Berapa batang/hari?			
19	Riwayat Konsumsi Alkohol			
20	Riwayat Darah Tinggi			
21	Riwayat Sesak Setelah Aktivitas			
22	Riwayat Nyeri Ulu Hati			
23	Riwayat BAB Darah			
24	Riwayat BAB cair lama			
25	Riwayat Nyeri Perut Hebat			
26	Riwayat Kencing Darah/ Nanah			
27	Riwayat Keputihan Berulang			
28	Riwayat Malaria			
29	Riwayat Mabuk Kendaraan			
30	Riwayat Keluar Cairan dari Telinga			
31	Riwayat Pilek Berulang			
32	Riwayat Mimisan			
33	Riwayat Operasi Bila iya, kapan dan jenis operasi?			
34	Riwayat Alergi Obat dan Makanan			
35	Konsumsi obat-obatan 3 hari terakhir			
35	Riwayat Hernia/ Turun bero			

## 2. Riwayat Psikiatri

Apakah saudara pernah/ sedang menderita/ kelainan dibawah ini  
( beri tanda √ pada kolom yang dipilih)

No	Teliti satu satu	Ya	Tidak	Keterangan
1	Riwayat Susah Tidur			
2	Riwayat Percobaan Bunuh Diri			
3	Riwayat Perasaan Tertekan			
4	Riwayat Penyalahgunaan Obat-Obatan			
5	Riwayat Kesulitan Penyesuaian Lingkungan Baru			
6	Sering Mendengar Bisikan			

## 3. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah Orang Tua, Saudara Laki-laki/ Perempuan  
(Beri tanda √ pada kolom yang dipilih )

NO	Pernah Menderita	Ya	Tidak	Siapa
1	Bengek / Asma			
2	Batuk Darah			
3	Sakit sendi-sendi			
4	Sakit Ginjal			
5	Sakit Jantung			
6	Sakit Kencing Manis			
7	Penyakit Darah Tinggi / Hipertensi			
8	Gangguan Jiwa			
9	Ayan / Epilepsi			
10	Bunuh diri			

Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan saya bersedia dikeluarkan dari Pendidikan apabila pernyataan saya ini terbukti tidak benar.

....., ..... 2022

Mengetahui dan meneliti  
Dokter Pemeriksa

Yang membuat pernyataan

Materai 10.000

.....

.....

**SURAT PERNYATAAN**  
**PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON TARUNA/TARUNI**  
**( POLITEKNIK ILMU PELAYARAN SEMARANG )**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Nomor Peserta : .....  
Program / Jurusan : .....  
Umur : .....  
Tempat / Tanggal Lahir : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telp / Hp : .....

Dengan ini menyatakan :

1. Setuju untuk mengisi formulir anamnesa dan menceritakan segala riwayat penyakit yang pernah saya derita, kecelakaan yang pernah saya alami, serta cacat bawaan dan kelainan yang ada pada diri saya.
2. Setuju untuk melakukan seluruh pemeriksaan kesehatan fisik (termasuk pengambilan urine dan darah untuk pemeriksaan HbsAg, BUN, Creatinin, Pemeriksaan Narkoba, HIV, Tes Kehamilan untuk perempuan) serta pemeriksaan EKG, Audiometri dan Foto Thorax oleh RS / Dokter yang ditunjuk BPSDM Perhubungan dalam rangka pemeriksaan kesehatan.
3. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan akan diserahkan kepada RS / Dokter yang ditunjuk BPSDM Perhubungan secara langsung untuk dilaporkan kepada Panitia Seleksi Penerimaan Taruna/i sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan saya sebagai calon / peserta pendidikan.
4. Setuju bahwa berkas hasil pemeriksaan lengkap catatan medik hasil pemeriksaan kesehatan saya tetap disimpan oleh Pihak Sekolah yang dituju dan menjadi hak Panitia Seleksi Penerimaan Taruna/i.
5. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh RS / Dokter yang ditunjuk oleh BPSDM Perhubungan bersifat final dan hasil pemeriksaan ini tidak dipertentangkan dengan hasil pemeriksaan lain diluar yang dilakukan oleh RS / Dokter selain tersebut diatas.
6. Apabila saya memberikan petunjuk yang keliru tentang kesehatan saya ini dan dapat membahayakan diri saya sendiri dan orang lain yang akhirnya dapat merugikan Negara, maka saya siap untuk diberikan sanksi berupa sanksi pidana atau dikeluarkan dari pendidikan.
7. Hasil pemeriksaan kesehatan sesuai **STATUS PRESENT** (kondisi kesehatan pada saat pemeriksaan kesehatan dilakukan).
8. Setuju untuk melepas Kawat Gigi jika saya diterima sebagai Taruna/taruni.
9. Bersedia mengikuti prosedur pencegahan penyebaran Covid-19 selama pelaksanaan Tes Kesehatan dengan segala ketentuannya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

....., ..... 2022

Mengetahui  
Orang Tua/Wali

Yang menyetujui

Materai 10000

.....

.....