



**DAFTAR ISIAN RIWAYAT KESEHATAN  
SELEKSI KESEHATAN SIPENCATAR  
BADAN PENGEMBANGAN SUMBER DAYA  
MANUSIA  
KEMENTERIAN PERHUBUNGAN  
TAHUN AJARAN 2025**



PAS FOTO  
3X4

NO. TEST : .....  
Lokasi Tes : .....  
Sekolah Tujuan : .....  
Jurusan : .....

**I. IDENTITAS**

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

....., ..... 2024

Mengetahui dan meneliti  
Dokter Pemeriksa

Yang membuat pernyataan

Materai 10.000