



**DAFTAR ISI RIWAYAT KESEHATAN  
SELEKSI KESEHATAN SIPENCATAR  
BADAN PENGEMBANGAN SUMBER DAYA  
MANUSIA  
KEMENTERIAN PERHUBUNGAN  
TAHUN AKADEMIK 2021/2022**



PAS FOTO  
3X4

NO. TEST : .....  
PEMERIKSAAN : .....

**I. IDENTITAS**

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

**II. ANAMNESIS / 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 Bila iya, faktor pencetus nya apa? kelelahan/alergi/cuaca/stress/debu			
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 Sakit Kuning/Hepatitis			
24	Riwayat BAB Darah			
25	Riwayat BAB cair lama			
26	Riwayat Nyeri Perut Hebat			
27	Riwayat Kencing Darah/ Nanah			
28	Riwayat Keputihan Berulang			
29	Riwayat Malaria			
30	Riwayat Mabuk Kendaraan			
31	Riwayat menggunakan kacamata Bila iya, mata sebelah mana?sejak kapan? Besar kelainan dioptri			
32	Riwayat Keluar Cairan dari Telinga			
33	Riwayat penurunan pendengaran Bila iya, kapan dan telinga sebelah mana?			
34	Riwayat Pilek Berulang			
35	Riwayat Mimisan			
36	Riwayat Operasi Bila iya, kapan dan jenis operasi? Berapa lama penyembuhannya?			
37	Riwayat Alergi Obat dan Makanan Bila iya, sebutkan nama obat/makanan penyebab alergi			
38	Konsumsi obat-obatan 3 hari terakhir			
39	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 Jantung			
5	Sakit Ginjal			
6	Penyakit Kuning/ Hati / Hepatitis			
7	Sakit Kencing Manis			
8	Penyakit Darah Tinggi / Hipertensi			
9	Gangguan Jiwa			
10	Ayan / Epilepsi			
11	Bunuh diri			

.....,.....2021  
Dokter Pemeriksa

(.....)