



FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN SPMB

stikes

MUHAMMADIYAH KLATEN

Jl. Jombor Indah Km. 1 Buntalan, Klaten Telp. (0272) 323120

* Diisi oleh Petugas Pendaftaran

Nama

Nomor Ujian

Jenis Kelamin

1 = Pria

2 = Wanita

Umur

Tahun

Prodi/Jurusan yang
dipilih :

* Diisi oleh Dokter Pemeriksa

Dokter Pemeriksa

Tanggal

Pemeriksaan :

Tempat Pemeriksaan

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	KELAINAN	KETERANGAN
1	FISIK - Tinggi Badan - Berat Badan - Kulit			
2	MATA - Visus - Buta Warna			
3	TELINGA ① - Kiri - Kanan			
4	HIDUNG			
5	LIDAH			
6	PHARYNX			
7	TONSIL			
8	GIGI			

9	THYROID			
10	JANTUNG			
11	PARU - PARU			
12	ABDOMEN			
13	REFLEK - Pupil - Patela - Achilles			
14	THORAX FOTO ②			
15	LABORATORIUM : - HbsAg - Urine			

* Hasil penggalian informasi tentang riwayat penyakit

* Kesimpulan

* Rekomendasi : Calon Peserta : [beri tanda ✓]

Dapat

Tidak Dapat

} mengikuti pendidikan pada institusi yang dituju

..... 20...
Tim Pemeriksa Kesehatan

[.....]

Keterangan :

1 Bila perlu ada rekomendasi dari dokter THT

2 Bila diperlukan [ada indikasi]