



ERM-RPL-MPS-RKK-1770



**PT. TUNASKARYA INDO SWASTA**

Nama	: <u>Adi Purwono</u>
Umur	: <u>55</u>
Alamat	: <u>Puri Legendo</u>
Jenis Kelamin	: <u>L</u>
Tgl. Pemeriksaan	: <u>12-09-2020</u>

**RIWAYAT KESEHATAN**

**1. PENYAKIT-PENYAKIT KELUARGA (AYAH, IBU, SAUDARA)**

Adakah diantara keluarga yang menderita penyakit:

NO	JENIS PENYAKIT	YA	TIDAK	SIAPA
1	Kencing Manis		<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Tekanan Darah Tinggi		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Jantung		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Ayan		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Penyakit Jiwa		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Batuk Darah		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	

**2. PENYAKIT-PENYAKIT YANG PERNAH / SEDANG SAUDARA DERITA**

NO	JENIS PENYAKIT	YA	TIDAK	KETERANGAN
8	Tekanan Darah Tinggi		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Jantung		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Bengkak-bengkak kaki		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Batuk Darah		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Tangan Berkeringeat		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Gondok		<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Kencing Batu		<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Kencing Darah		<input checked="" type="checkbox"/>	
17	Sakit Kuning		<input checked="" type="checkbox"/>	
18	Wasir		<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Turun Berok Ketedun		<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Kecelakaan berat		<input checked="" type="checkbox"/>	
21	Patah Tulang		<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Geger Otak		<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Pilek-pilek yang lama sembuh		<input checked="" type="checkbox"/>	
24	Keluar Nanah dari Telinga		<input checked="" type="checkbox"/>	
25	Gangguan Penglihatan		<input checked="" type="checkbox"/>	
26	Buta Warna		<input checked="" type="checkbox"/>	
27	Ayan		<input checked="" type="checkbox"/>	
28	Sakit Jiwa		<input checked="" type="checkbox"/>	
29	Benjolan di bagian tubuh		<input checked="" type="checkbox"/>	
30	Pernah Operasi		<input checked="" type="checkbox"/>	
31	Gangguan Haid		<input checked="" type="checkbox"/>	
32	Hamil		<input checked="" type="checkbox"/>	
33	Penyakit Kandungan		<input checked="" type="checkbox"/>	
34	Tanggal Haid Terakhir		<input checked="" type="checkbox"/>	

**KETERANGAN TAMBAHAN:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deurikan Riwayat Kesehatan yang telah saya isi dengan sebarang-benarnya tanpa ada paksaan ataupun ketidak-benaran sedikitpun. Saya bersedia menanggung semua resiko apabila pernyataan yang saya berikan diatas tidak sesuai dengan sebenarnya.

Tanda Tangan  
  
 ( Adi Purwono )

Ref: / Perf. Administrator: ???  
Study date: 12/09/2020  
Study time: 12:36:38

L



ADRIANOMMO  
M. 05/06/1985  
12/09/2020

