

MA'HAD IMAM BONJOL AL-ISLAMY MAJALENGKA

PANITIA PENERIMAAN SANTRI BARU TP. 2020/2021

Jl. Pasukan Sindangkasih Blok Andir, RT. 02, RW. 01 Desa Kawunghilir, Kec. Cigasong Majalengka

Telp. 089 620 970 636 Website: www.mibamajalengka.org

Nomor : 004/A/MIBA/XII/2020

Lampiran : 1 lembar

Hal : **Pemeriksaan Kesehatan Calon Santri Baru**
Ma'had Imam Bonjol Al-Islamy Majalengka

Yth. Petugas Kesehatan Puskesmas / Rumah Sakit

.....
di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penerimaan calon santri baru **Ma'had Imam Bonjol Al-Islamy Majalengka** TP. 2021/2022, diperlukan pemeriksaan kesehatan bagi calon santri sebagai salah satu bagian dari rangkaian tes seleksi.

Untuk itu kami mohon kesediaan Anda untuk melakukan pemeriksaan kesehatan bagi calon santri berikut:

Nama :
No. Pendaftaran :
Alamat :

Jenis pemeriksaan kesehatan yang dimaksud adalah:

- a. Riwayat Penyakit (*Anamnesis*)
- b. Pemeriksaan fisik (*Physical Test*)
- c. Pemeriksaan Tajam Penglihatan (*Visus*) dan Buta Warna
Bila visus tidak normal, diusahakan dilengkapi dengan nilai negatif, positif atau nilai silindrisnya seperti tes untuk kacamata (misal V.OD/V.OS: -1/-0,5)
- d. Pemeriksaan darah HBsAg

Hasil pemeriksaan dapat diisikan pada form sebagaimana terlampir. Biaya-biaya untuk keperluan pemeriksaan kesehatan ini dibebankan kepada calon santri yang bersangkutan dengan mekanisme yang ditentukan oleh pihak Rumah Sakit / Puskesmas.

Demikian beberapa hal yang dapat kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Majalengka, 1 Desember 2020



Hormat kami,
Ketua Panitia PSB,


Muhammad Alwan Dzulfaqqor, S.Ag.

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan hasil pemeriksaan medis sebagai berikut:

Nama :
No.Pendaftaran :
Tempat,Tgl.Lahir :
Alamat :

Hasil pemeriksaan adalah sebagai berikut:

I. Riwayat Kesehatan Pribadi

1. Apakah Anda pernah sakit asma?	: Tidak / Ya	Ket: Ringan - Sedang - Berat
2. Apakah Anda pernah sakit TBC?	: Tidak / Ya	Ket: Sembuh - Proses Pengobatan
3. Apakah Anda pernah sakit hepatitis?	: Tidak / Ya	Ket: Sembuh - Proses Pengobatan
4. Apakah Anda ada riwayat epilepsi?	: Tidak / Ya	Ket: Sembuh - Proses Pengobatan
5. Apakah Anda cocok tinggal di daerahdingin?	: Tidak / Ya	

II. Hasil Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum Tinggi Badan : _____cm Berat Badan : _____kg TekananDarah : _____mmHg	3. Leher KelenjarGondok : Normal/Ada kelainanKet:
2. Kepala a. Mata Visus Kanan : VisusKiri : Pakai : Ya /Tidak Ket: Kacamata Buta Warna : Ya /Tidak	4. Dada Jantung : Normal/Ada kelainanKet: Paru-paru : Normal/Ada kelainanKet:
b. Telinga Membran : Normal/Ada kelainan Ket: Timpani Serumen : Ada / Tidakada Ket: Bekas Tindik : Ada / Tidakada Ket:	5. Perut Hepar : Normal/Ada kelainanKet: Limpa : Normal/Ada kelainanKet: Hernia : Ada /Tidakada Ket:
c. Hidung Polyp : Normal/Adakelainan Ket:	6. Anus dan Rektum Hemoroid : Ada /Tidakada Ket:
d. Tenggorok Tonsil : Normal/Adakelainan Ket: Pharynx : Normal/Adakelainan Ket:	7. Ekstrimitas Atas : Normal/Ada kelainanKet: Bawah : Normal/Ada kelainanKet:
	8. Kulit PenyakitKulit : Ada /Tidakada Ket: Varises : Ada /Tidakada Ket:
	9. Pemeriksaan laboratorium (Hepatitis B) dilampirkan.

Telah melakukan pemeriksaan dengan benar, dan data yang kami laporkan adalah sesuai dengan hasil pemeriksaan.

....., 20....
Dokter Pemeriksa,

dr.
NIP

NB: Seluruh item pemeriksaan harus terisi oleh dokter lembaga kesehatan pemerintahan setempat sebagai syarat pendaftaran.