



POLITEKNIK ARUTALA JOHANA HENDARTO

JL. KRAMAT VII/27 JAKARTA PUSAT, KODE POS : 10430 (KAMPUS UTAMA)

PHONE/FAX : (021) 3140636 NO. HP : 085939703149

Email : politeknik.ajh@gmail.com

FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
SIPENMARU POLITEKNIK ARUTALA JOHANA HENDARTO
TAHUN AKADEMIK 2026/2027

*diisi oleh peserta

Nama Peserta : Jenis Kelamin :
Tempat Tanggal Lahir : / / Umur : tahun
Nomor Peserta : No. Kontak :

3X4 CM

*diisi oleh dokter pemeriksa

Dokter pemeriksa : Tgl. Periksa : / /
Tempat/alamat pemeriksaan : No.Kontak :
Nomor SIP :

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NORMAL*	KELAINAN*	KETERANGAN
1	FISIK/VISUAL			
	Tekanan darah :			
	Nadi :			
	Tinggi Badan.....cm			
	Berat Badan.....kg			
2	MATA			
	Buta Warna : parsial/total			
	Visus			
	Strabismus			
3	TELINGA (Reaksi terhadap bunyi dan serumen)			
	Kiri			
	Kanan			
4	TYROID			
5	JANTUNG (bising jantung)			
6	PARU-PARU (tidak perlu photo thorax)			
7	ABDOMEN			
8	REFLEK			
	Pupil			
	Triceps			
	Patela			
	Achiles			
9	GIGI			
	Berlubang : Ya / Tidak **			
	Struktur			
10	EKSTREMITAS : tremor : Ya / Tidak **			

Riwayat Penyakit yang pernah atau sedang diderita dan Cacat Fisik

1	Epilepsi	Ya / Tidak **	5	Diabetes Melitus (DM)	Ya / Tidak **
2	Gangguan jiwa	Ya / Tidak **	6	Hipertensi	Ya / Tidak **
3	Asma	Ya / Tidak **	7	Cacat Fisik	Ya / Tidak **
4	Jantung	Ya / Tidak **	8	Lainnya :	

Kesimpulan:

Contact Person : ☎ 081381816476
☎ 087862697595
✉ pmb@panah.ac.id

.....2026
Dokter Pemeriksa

Tanda tangan & cap basah

Keterangan :

- * Mohon Checklist (✓)
** Coret yang tidak perlu

.....
NIP/NIK/No.SIP: