



LEMBAR PERNYATAAN KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : _____
Alamat : _____
Telp. / Fax. : _____

(Tulis dengan huruf cetak)

Apakah nama tersebut di atas pernah :	<i>Ya</i>	<i>Tidak</i>
1. Mendapat gangguan jantung atau tekanan darah		
2. Asma, Bronchitis atau Tuberculose		
3. Dibaetes		
4. Epilepsi, serangan pingsan, migrane, / cedera berat pada kepala		
5. Gangguan pada hidung dan tenggorokan atau alergi (misalnya terhadap obat, gigitan serangga atau pada makanan)		
6. Menderita fraktur, atau cedera pada tendon / ligamen (misalnya punggung, leher, lengan, pergelangan kaki, lutut)		
7. Pernah atau sedang menderita atau menjadi carrier dari suatu penyakit menular		
8. Sedang berada dibawah perawatan dokter atau di rumah sakit dalam waktu dua tahun terakhir ini ?		
9. Sedang memakan obat tersebut ? Harap beritahu rincian dan dosisnya		
10. Memakai alat bantu penglihatan Kaca mata atau contact lens		

Untuk jawaban “ Ya “ pada jawaban diatas, harap dijelaskan dibawah ini :

Golongan darah : _____

Penyakit yang berhubungan dengan syaraf : _____

Tanggal Imunisasi terakhir : _____

Informasi Kesehatan lain : _____
