



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 : _____
