



**PANITIA KEGIATAN MUSYAWARAH WILAYAH XXVI
PIMPINAN WILAYAH IKATAN PELAJAR MUHAMMADIYAH
JAWA TENGAH**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

FORMULIR DATA KESEHATAN DAN RIWAYAT PENYAKIT PESERTA

I. IDENTITAS PRIBADI

Nama Lengkap: _____

Tempat, Tanggal Lahir: _____

Asal Pimpinan: _____

Nomor Telepon/HP: _____

Kontak Darurat (Nama & No. HP): _____

II. RIWAYAT ALERGI

Berikan tanda centang (✓) pada kotak yang sesuai.

A. Alergi Makanan:

☐ Kacang-kacangan ☐ Telur ☐ Susu/Laktosa ☐ Seafood

☐ Gandum/Gluten ☐ Kedelai ☐ Lainnya: _____

B. Alergi Obat:

- Sebutkan jika ada: _____

C. Reaksi yang Timbul:

☐ Gatal/Ruam ☐ Sesak Napas ☐ Pembengkakan ☐ Pusing/Mual

III. RIWAYAT KESEHATAN & PENYAKIT

1. Penyakit Kronis (Asma, Diabetes, Jantung, dll):

2. Obat yang Sedang Dikonsumsi Rutin:



**PANITIA KEGIATAN MUSYAWARAH WILAYAH XXVI
PIMPINAN WILAYAH IKATAN PELAJAR MUHAMMADIYAH
JAWA TENGAH**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

IV. JAMINAN KESEHATAN

Apakah anda memiliki jaminan kesehatan/BPJS Kesehatan?

- a. Iya
- b. Tidak

Jika mempunyai harap DIBAWA pada saat kegiatan MUSYWIL.

V. PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN

Saya menyatakan bahwa informasi di atas adalah benar. Jika terjadi keadaan darurat medis terkait kondisi yang saya sebutkan, saya memberikan izin kepada pihak terkait untuk melakukan tindakan pertolongan pertama yang diperlukan.

_____, _____

(Tanda Tangan)

(_____ Nama Jelas _____)