

**PERNYATAAN  
RIWAYAT KESEHATAN**

**PESERTA KEGIATAN**

**Isilah dengan data dengan yang sebenar-benarnya.**

Nama :

Tempat & Tanggal lahir :

Jenis kelamin :

Golongan Darah :

Alamat Kos / Rumah :

No Telp Orang Tua/Wali :

(contoh : 0812xxxxxxx - Ayah)

Mohon beri tanda silang (x) pada setiap pernyataan no. 1, sementara lingkari jawaban ya atau tidak dan beri penjelasan pada pernyataan no. 2 - 15 dengan benar, jujur dan bertanggung jawab.

1. Apakah anda pernah menderita penyakit seperti di bawah ini :

Jenis Penyakit	Ya	Tidak	Jenis Penyakit	Ya	Tidak	Jenis Penyakit	Ya	Tidak
Astma			Sakit Kuning			Pingsan Berulang		
Sering Flu/Sakit Tenggorokan			Hernia			Epilepsi/Ayan		
Bronchitis			Ambeien/ Haemorrhoid			Gugup atau gangguan mental		
TBC			Disentri Amuba/basiler			Demam Tifoid		
Pneumotorax			Batu Empedu			Demam Rheumatik		
Edema Paru			Gangguan Saluran Kencing			Malaria		
Radang Selaput Paru			Gangguan Ginjal			Diabetes melitus/kencing manis		
Radang Paru			Batu Ginjal			Penyakit telinga		
Penyakit Jantung dan			Gangguan Sendi			Gangguan Berbicara		

Pembuluh Darah							
Nyeri Dada			Nyeri Punggung			Sering mengalami sinusitis	
Gagal Jantung			Cedera/Patah Tulang			Sering sakit kepala	
Darah Tinggi			Sakit Kulit			Stroke	
Varises			Sulit Tidur			Tumor	
Gangguan Saluran Pencernaan			Maag			Alergi Obat/Makanan	

2. Apakah saat ini anda sedang dalam pengobatan/mengonsumsi obat? ya / tidak,  
jika ya jelaskan (apa dan kapan): .....
3. Apakah anda pernah menderita batuk berdarah? ya / tidak,  
jika ya jelaskan (apa dan kapan): .....
5. Apakah anda pernah dirawat? ya / tidak,  
jika ya jelaskan (mengapa dan kapan): .....
6. Apakah anda mempunyai alergi atau semacamnya? ya / tidak  
jika ya jelaskan (mengapa dan kapan): .....
7. Apakah anda pernah operasi atau pembedahan? ya / tidak,  
jika ya jelaskan (apa dan kapan): .....
8. Apakah anda pernah mengalami kecelakaan? ya / tidak,  
jika ya jelaskan:.....
  - a) Apakah ada trauma kepala pada saat kecelakaan? ya / tidak.
  - b) Apakah dirawat? ya / tidak, jika dirawat dimana, kapan dan berapa lama?.....
  - c) Apakah pada saat kecelakaan kehilangan kesadaran? ya / tidak, jika ya berapa lama: .....
9. Apakah anda menderita epilepsi? ya / tidak
10. Apakah anda mengalami masalah ekualisasi telinga /sinus? ya/tidak,
11. Apakah anda sedang mengonsumsi obat secara teratur? ya / tidak,  
jika ya sebutkan obatnya: .....
12. Apakah anda mengalami mabuk laut, mabuk kendaraan, dll?
13. Anda biasanya alergi terhadap apa?
  - Makanan? ya / tidak  
Jika ya makanan yang seperti apa?
    - o Berkuah? ya / tidak misal: .....
    - o Gorengan? ya / tidak misal: .....
    - o Lauk pauk? ya / tidak

Jika ya. Jelaskan: .....

o Lain-lain: .....

- Obat? ya/tidak

Jenis obat/kandungan obat: .....

14. Jika anda terkena alergi atau semacamnya, gejala apa yang sering timbul?

Jika ya jelaskan: .....

15. Apakah anda merokok? ya / tidak,

jika ya sudah berapa lama: ....., berapa batang per hari: .....

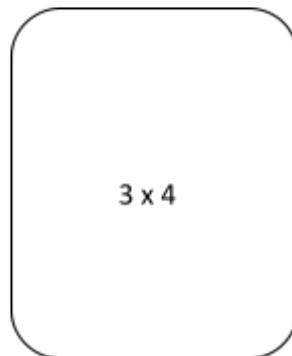
16. Apakah anda peminum minuman beralkohol? ya / tidak,

jika ya sudah berapa lama: .....

17. Apakah anda mempunyai penyakit lain – lain yang sekiranya belum tercantum pada pernyataan diatas?

Kalau ya, sebutkan: .....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya sebagai persyaratan untuk mengikuti kegiatan Open Recruitment MDC XXXI dan saya berani mempertanggungjawabkan kebenarannya.



Semarang, ..... 2025

Pembuat Pernyataan

.....

(Nama Peserta)