

**LAMPIRAN PEMERIKSAAN KESEHATAN
D4 TRANSPORTASI LAUT DAN D4 BISNIS DAN LOGISTIK MARITIM**

Lokasi tes :
Tanggal :

A. DATA PRIBADI

1. Nama :
2. Prodi :
3. Jenis Kelamin :
4. Tempat/Tgl Lahir :

B. DATA FISIK

Tinggi Badancm
Berat Badankg
BMI <i>BMI = Berat Badan : (Tinggi Badan)²</i>
Tekanan Darah	Sys Dia
Denyut Nadi Istirahat / menit

C. PEMERIKSAAN FISIK (*coret bagian yang tidak sesuai dan isi bagian tanda kurung)

1. Mata

- Penglihatan normal : iya / tidak
 Visus tanpa kaca mata : () () vod/vos
 Buta warna : iya / tidak
 Strabismus : iya / tidak
 Berkacamata/ lensa : iya / tidak

2. Gigi dan mulut

- Calculus : ada / tidak
 Caries : ada / tidak
 Kawat gigi : ada / tidak

3. Telinga

- Pendengaran normal : iya/ tidak
 Bertindik : iya / tidak (*sebutkan bagian yg bertindik lebih dari satu (satu telinga) bagi perempuan)
 :.....

4. Thorax dan abdomen

- Dalam batas normal : iya / tidak (*bila ada kelainan sebutkan)
 :.....

5. Ekstremitas atas dan bawah

- Dalam batas normal : iya / tidak
 Kaki (O/X) : () cm ()
 Varises : ada / tidak

6. Kulit

- Vitiligo : ada / tidak
 Tatto : ada / tidak



D. Riwayat penyakit (*berikan tanda √ pada kotak yang sesuai)

Penyakit	Iya	Tidak	Keterangan
1. Asma			
2. Hernia			
3. GERD/maag			
4. Hemoroid			
5. Diabetes			
6. Cacat Fisik/ Patah Tulang			
7. Epilepsi			
8. Lainnya :			

E. Pemeriksaan penunjang (*lampirkan hasil pemeriksaan)

1. HbsAG (Wajib) :.....
2. Rontgen thorax :.....

F. Kesimpulan

Setelah dilakukan pemeriksaan pasien dinyatakan : **SEHAT / TIDAK SEHAT**

Catatan: (Apabila ada pertimbangan khusus)

.....
..
.....

Demikian informasi ini disampaikan dengan sebenar-benarnya berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap yang bersangkutan.

Pemeriksa,
Tanggal..... 2025

.....
.....
NIP.....
..... (Nama Lengkap
NIP dan Cap Institusi Pemeriksa)

