



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI

**POLITEKNIK MARITIM NEGERI INDONESIA**

Jalan Pawiyatan Luhur I/1 Bendan Duwur, Semarang 50233  
Telepon (024) 86457895, (024) 86457897, Faksimile (024) 86457900  
Laman [www.polimarin.ac.id](http://www.polimarin.ac.id) Surel [info@polimarin.ac.id](mailto:info@polimarin.ac.id)

Serahkan dokumen ini ke dokter pemeriksa untuk pengisian hasil pemeriksaan

**DOKUMEN PEMERIKSAAN KESEHATAN**

RS/ Klinik Pemeriksaan :  
Tanggal Pemeriksaan :

**A. DATA PRIBADI (\*wajib diisi)**

1. Nama :
2. Prodi :
3. Jenis Kelamin :
4. Tempat/Tgl Lahir :
5. Vaksin Terakhir :  
(Lampirkan bukti vaksin)

**B. DATA FISIK**

Tinggi Badan	.....cm
Berat Badan	.....kg
BMI	..... $BMI = Berat\ Badan : (Tinggi\ Badan)^2$
Tekanan Darah	Sys ..... Dia .....
Denyut Nadi Istirahat	..... / menit

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

**1. Mata (\*wajib diisi)**

- Penglihatan normal : iya / tidak  
Visus tanpa kaca mata : ( ) ( ) VOD / VOS  
Visus dengan kaca mata/lensa : ( ) ( ) VOD / VOS (\*jika memakai alat bantu)  
Buta warna : iya / tidak

**2. Gigi Dan Mulut (\*wajib diisi)**

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

**3. Telinga (\*wajib diisi)**

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

**4. Thorax Dan Abdomen (\*wajib diisi)**

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

**5. Ekstremitas Atas Dan Bawah (\*wajib diisi)**

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



6. Kulit (\*wajib diisi)

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. Varikokel			
6. Diabetes			
7. Cacat Fisik/ Patah Tulang			
8. Epilepsi			
9. Lainnya :			

E. Pemeriksaan Penunjang (\*lampirkan hasil pemeriksaan)

1. HbsAg : .....

2. Rongten 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..... 2024

.....  
SIP.....  
(Nama Lengkap Tanda Tangan SIP dan Cap Basah Institusi  
Pemeriksa)

