Pemeriksa:

1. Nama Lengkap / Usia : ( P / L )
2. Alamat Lengkap : ***(di isi selengkap-lengkapnya)***
3. Kode Pos :
4. No. HP :
5. Daerah Asal :
6. Kegiatan Olahraga :

(yang dilakukan selama ini)

Frekuensi :

1. **Medical History**
   1. **Otak**
2. Pernah trauma kepala :
3. Riwayat sakit kepala :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gejala** | **Etiology** | **Sejak Kapan** | **Terakhir Kambuh** |
| Pusing |  |  |  |
| Migren |  |  |  |
| Vertigo |  |  |  |
| Kejang-kejang |  |  |  |
| Syncope |  |  |  |

Gejala yang menyertai :

* 1. **Respiratory**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gejala** | **Etiology** | **Sejak Kapan** | **Terakhir Kambuh** |
| Asma |  |  |  |

Gejala yang menyertai :

* 1. **Cardiovascular**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gejala** | **Etiology** | **Sejak Kapan** | **Terakhir Kambuh** |
| Lemah Jantung |  |  |  |
| Sering Berdebar |  |  |  |
| Jantung Nyeri |  |  |  |
| Kebiruan pada daerah tertentu |  |  |  |

Gejala yang menyertai :

* 1. **Hematoimmunology**

1. Leukimia :
2. Pendarahan yang lama berhenti :
3. Alergi :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gejala** | **Etiology** | **Sejak Kapan** | **Terakhir Kambuh** |
| Obat |  |  |  |
| Makanan |  |  |  |
| Suhu |  |  |  |
| Lain-lain |  |  |  |

Gejala yang menyertai :

* 1. **Urinary**

1. Frekuensi berkemih perhari :
2. Warna urine :
3. Sakit saat berkemih :
4. Sering ditahan saat berkemih :
   1. **Gastrointestinal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gejala** | **Etiology** | **Sejak Kapan** | **Terakhir Kambuh** |
| Maag |  |  |  |
| Sulit BAB |  |  |  |
| Diare |  |  |  |
| Mual Muntah |  |  |  |

Gejala yang menyertai :

1. Pernah fraktur? Kapan? Bagian yang mana?
2. Pernah tertusuk benda tajam atau benda tumpul? Kapan? Bagian yang mana?
3. Life Style :
4. Merokok c. Begadang e. Jiwa Petualang
5. Alcoholic d. Aktifis Kampus f. Athletic
6. Psikiatric :
7. Takut kegelapan
8. Takut bicara di depan umum
9. Takut yang lain (simple phobia), oleh apa?
10. Punya temen curhat
11. Mudah panik
12. Past History
13. Pernah dirawat di Rumah Sakit? Kapan? Dimana?
14. Penyakit terparah dalam enam bulan terakhir, kapan? Sakit apa?
15. Sedang menjalani pengobatan? Nama obat dan jenis? Penyakit?
16. Menggunakan obat-obatan pribadi?
17. Riwayat Operasi? Kapan? Apa yang dioperasi? Operasi besar atau kecil?

Dibius total atau dibius lokal?

**VITAL SIGN**

**BP :**

**PP :**

**Merah Kuning Hijau**