

**A. IDENTITAS DIRI** (diisi oleh siswa)

Nama Siswa	.....
N I S N	.....
Nama Sekolah (SMA/SMK/MA)	.....

**B. KONDISI FISIK DAN KESEHATAN** (diisi oleh tenaga kesehatan/dokter)

**B.1 Kondisi Fisik**

Tinggi Badan .....cm  
 Berat Badan .....kg  
 BMI ..... BMI = Berat Badan / (Tinggi Badan)<sup>2</sup>

Tekanan Darah Sys .....  
 Dia .....

Denyut Nadi Istirahat ..... / menit

**B.2 Kondisi Kesehatan Indera** (beri tanda  $\checkmark$  pada kotak yang sesuai)

(a) Mata (Penglihatan)		(b) Telinga (Pendengaran)	
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Buta Warna	<input type="checkbox"/>	Tuli	<input type="checkbox"/>
Mata Juling, Silindris, Plus-Minus	<input type="checkbox"/>	Serumen Obstruksi	<input type="checkbox"/>

**B.3 Riwayat Penyakit** (yang pernah diderita siswa), Beri tanda  $\checkmark$  pada kotak yang sesuai

Apakah anda pernah mengalami sakit dan/atau kelainan fisik untuk hal-hal dibawah ini :

Jantung	<input type="checkbox"/>	Epilepsi / Ayan	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Cedera Fisik Permanen	<input type="checkbox"/>
Ginjal	<input type="checkbox"/>	Lainnya (sebutkan).....	<input type="checkbox"/>
Paru-Paru	<input type="checkbox"/>	Tidak Ada	<input type="checkbox"/>

**C. KESIMPULAN HASIL PEMERIKSAAN** (beri tanda  $\checkmark$  pada kotak yang sesuai)

Setelah melakukan pemeriksaan, siswa dinyatakan:

Sehat	<input type="checkbox"/>	Tidak Sehat	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------------	--------------------------

**D. CATATAN** (apabila ada pertimbangan khusus)

.....  
 .....

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

.....2019

Pemeriksa

(.....)\*\*  
 Nama Lengkap dan Cap Institusi Pemeriksa