

## MEDICAL CHECK UP

Nomor : 000840

|                 |                                                |
|-----------------|------------------------------------------------|
| Nama            | : CONTOH                                       |
| Alamat          | : zz, ABIANSEMAL, ABIANSEMAL, KABUPATEN BADUNG |
| Umur            | : 24 th                                        |
| No. KTP         | : 0                                            |
| Jenis Kelamin   | : Laki-laki                                    |
| Cara Bayar      | : PT.SUPER RAYA TATA STEEL                     |
| Tgl Pemeriksaan | : 9 Aug 2024 07:12                             |

## I. ANAMNESA

|                                |   |           |
|--------------------------------|---|-----------|
| A. Keluhan                     | : | Tidak Ada |
| B. Riwayat Penyakit            | : | TIDAK ADA |
| C. Riwayat Operasi             | : | Ada       |
| D. Riwayat Alergi Obat         | : |           |
| E. Riwayat Alergi Makanan      | : | kkn       |
| F. Riwayat Penyakit Keluarga   |   |           |
| a. Darah Tinggi                | : | Ada       |
| b. Kencing Manis               | : | Ada       |
| c. Asma                        | : | Ada       |
| d. Lainnya                     | : | Z         |
| G. Riwayat Konsumsi Obat Rutin | : | Ada       |
| H. Kebiasaan                   |   |           |
| a. Alkohol                     | : | Ada       |
| b. Merokok                     | : | Ada       |

## II. PEMERIKSAAN FISIK

|                          |   |           |            |            |           |
|--------------------------|---|-----------|------------|------------|-----------|
| A. Keadaan Umum          | : | Tidak Ada |            |            |           |
| B. Tinggi Badan          | : | 999Cm     |            |            |           |
| C. Berat Badan           | : | 99 Kg     |            |            |           |
|                          |   | TD        | Heart Rate | RR         | Temp SPO2 |
| D. Vital Sign            |   | 99/9      | 9 Kali     | 99<br>Kali | 9°C 9%    |
| E. Body Mass Index (BMI) | : | sjsj      |            |            |           |
| F. Kepala                |   |           |            |            |           |
| 1. Mata                  |   |           |            |            |           |
| a. Konjungtiva           | : | Anemis    |            |            |           |
| b. Sklera                | : | Icteric   |            |            |           |
| c. Visus                 | : | Normal    |            |            |           |



## KLINIK UTAMA CITRA HUSADA

Jln. Dewi Sartika No. 2 Tangerang, Banten 15111

Telp. 021 – 5522501 / 021 – 55722722

---

|                |   |                       |
|----------------|---|-----------------------|
| d. Buta Warna  | : | Buta Warna            |
| G. Hidung      | : | Normal                |
| H. Telinga     | : | Normal                |
| I. Mulut       | : | Normal                |
| J. Gigi        | : | Normal                |
| K. Tenggorokan | : | Normal                |
| L. Leher       | : | Normal                |
| M. Thorax      |   |                       |
| 1. Paru        | : | Dalam Batas<br>Normal |
| 2. Jantung     | : | Dalam Batas<br>Normal |
| N. Abdomen     | : | Normal                |
| O. Extremitas  |   |                       |
| 1. Oedem       | : | Normal                |

### III. PEMERIKSAAN PENUNJANG

|                 |   |                                |
|-----------------|---|--------------------------------|
| A. Laboratorium | : | Tidak Pemeriksaan Laboratorium |
| B. Radiologi    | : | Tidak Pemeriksaan Radiologi    |

### KESIMPULAN

zz

### SARAN

zz

### Hasil MEDICAL CHECK UP

### **FIT TO WORK**

### TIM PEMERIKSA

dr. Lani Komala

Kota Tangerang, 10 Agustus 2024



dr. Lani Komala