

FORMULIR ANAMNESA CALON PEGAWAI



Lokasi Tes : _____
 Tanggal : _____
 Nomor Lab. : _____ (Kolom ini diisi petugas)

IDENTITAS PESERTA

1. Nama : _____
2. No. Tes : _____
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan *)
4. Tempat/Tgl Lahir : _____
5. Status : Kawin / Duda / Janda / Belum Menikah *)
6. Alamat : _____

RIWAYAT PEMERIKSAAN KESEHATAN

Apakah Anda pernah mengikuti tes kesehatan sebelumnya : Ya / Tidak *)

Jika jawaban Anda ya, maka :

1. Lokasi : _____
2. Tanggal : ____ Bulan ____ Tahun ____
3. Keperluan: _____
4. Hasil : Lulus / Tidak *)

RIWAYAT PENYAKIT

1. Penyakit yang pernah diderita (beri tanda **√** pada pilihan Anda) :

Berilah tanda (√) apabila kondisi-kondisi tersebut pernah Anda alami atau Anda alami selama 3 bulan terakhir											
Penyakit/Kondisi	Ya	Tidak	Tdk Tahu	Penyakit/Kondisi	Ya	Tidak	Tdk Tahu	Penyakit/Kondisi	Ya	Tidak	Tdk Tahu
Saluran Nafas				Saluran Cerna				Sendi & Tulang			
Sinusitis				<i>Typhoid</i>				Radang Sendi/Rematik			
Bronchitis				Muntah Darah				Penyakit Lain			
Batuk Darah				Sulit BAB				Alergi Makanan			
TBC				Sakit Lambung/Maag				Makanan :			
Radang Paru				Penyakit Kuning				Alergi Obat			
Asma				Penyakit Kantung Empedu				Obat :			
Sesak Nafas				Buang Air Besar Berdarah				Tetanus			
Ginjal & Saluran Kemih											
Sulit Buang Air Kecil				Sering Diare				Pingsan			
Radang Saluran Kemih				Gangguan Menelan				Pelupa			
				Kulit & Kelamin							
								Gangguan Pendengaran			



Penyakit Ginjal				Cacar Air				Sakit Pinggang			
Kencing Batu				Jamur Kulit				Tumor Ganas/Kanker			
Jaringan Syaraf				Penyakit Kelamin				Penyakit Jiwa			
Radang Selaput Otak/meningitis				Jantung				TBC Kulit			
Gegar Otak				Serangan Jantung				TBC Tulang & Lainnya			
Polio				Nyeri dada				Campak			
Ayan/Epilepsi				Rasa Berdebar				Malaria			
Stroke/Lumpuh				Tekanan Darah Tinggi				Diabetes			
Sakit Kepala				Pembuluh Darah				Gangguan Tidur			
Kelenjar				Ambeien/Wasir							
Penyakit Gondok/Thyroid				Varises							

2. Pengobatan jangka waktu yang lama: pernah / tidak pernah *)
Penyakit apa: _____ Kapan: _____ Jenis obat : _____
3. Riwayat Merokok :
 - a. Jumlah : _____ batang / hari
 - b. Mulai Merokok : _____
4. Riwayat konsumsi alkohol :
 - a. Jumlah : _____ gelas / sloki / botol / hari
 - b. Mulai konsumsi : _____
 - c. Jenis : _____
5. Kejadian Lain :
 - a. Kecelakaan : pernah / tidak Kapan _____ Jenis Kecelakaan _____
 - b. Operasi : pernah / tidak Kapan _____ Jenis Operasi _____
 - c. Dirawat di Rumah Sakit : pernah / tidak Kapan _____ Jenis Operasi _____
6. Penyakit dalam keluarga :
 - a. Ayah
 - b. Ibu
 - c. Saudara Kandung
 - d. Penyakit yang pernah diderita :
(sesuaikan dengan nomor 1) _____ oleh _____ (ayah /ibu /saudara kandung)

KEBIASAAN KHUSUS

1. Pola makan / diet khusus : _____
2. Olah raga : Jenis _____ Rutin / Tidak Rutin *) Frekuensi / minggu *) _____
3. Lain-Lain : _____



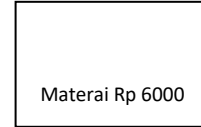
PT PLN (PERSERO)

Demikian keterangan di atas Saya berikan dengan sesungguhnya dan saya bersedia dinyatakan gugur dalam seleksi PLN jika ternyata Saya memberikan keterangan yang tidak benar.

_____, _____ 2019

Mengetahui,
Dokter Pemeriksa

Peserta Seleksi



()

()