FORM RIWAYAT KESEHATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……

Tempat, Tanggal Lahir : ……

Alamat : ……

No. HP Ortu/Walisantri : ……

Riwayat Kesehatan :

1. Memiliki penyakit asma? Ya Tidak
   Jika iya, tolong sebutkan obat yang dikonsumsi!
   ……
2. Memiliki penyakit jantung? Ya Tidak
   Jika iya, tolong sebutkan obat yang dikonsumsi!
   ……
3. Memiliki penyakit lainnya? Ya Tidak
   Jika iya, tolong sebutkan dan nama obat yg dikonsumsi!
   ……
4. Memiliki alergi? Ya Tidak
   Jika iya, tolong sebutkan!
   ……
5. Pernah memiliki riwayat sakit/operasi sebelumnya? Ya Tidak
   Jika iya, sakit/operasi apa dan kapan?
   ……
6. Memiliki buta warna? Ya Tidak
7. Catatan lainnya :
   Jadwal kontrol rutin (bila ada)
   ……

Menyatakan dengan sesungguhnya data riwayat kesehatan yang saya buat sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Apabila ada data yang tidak sesuai maka saya bersedia menerima segala konsekuensinya.

Klaten, ... 20 ...

Mengetahui
Orangtua/Wali Santri

Yang Menyatakan

Materai
Rp. 10.000,-

……
nama terang dan tanda tangan

……
nama terang dan tanda tangan