



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO  
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI : • KEDOKTERAN (S1) • PENDIDIKAN PROFESI DOKTER (PROFESI)

FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO  
TAHUN AKADEMIK 2025/2026  
(DIISI CALON MAHASISWA BARU)

Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama : .....  
No. pemeriksaan kesehatan CAMABA\* : .....  
Tempat Tanggal Lahir : .....  
Usia : ..... tahun  
Jenis Kelamin\*\* : (Laki-laki / Perempuan)  
Alamat sesuai KTP : .....  
.....  
Alamat tempat tinggal : .....  
.....  
Mobile Phone Calon Mahasiswa : .....  
Agama : .....  
Kewarganegaraan\*\* : WNI/WNA .....  
Nama Orang Tua/ Wali : .....  
Mobile Phone Orang Tua/ Wali : .....  
Alasan Masuk Fakultas Kedokteran <sup>1</sup> : 1. Kemauan Sendiri  
2. Kemauan Ayah / Ibu  
3. Kemauan Orang Lain, Sebutkan.....

Saya menyatakan bahwa seluruh Data yang saya tuliskan dalam seluruh berkas Formulir Kesehatan ini adalah benar dan memberikan ijin penggunaan data untuk kepentingan pendidikan/pendaftaran Fakultas KEDOKTERAN Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.

Sidoarjo, ...../

...../ 2024

Calon Mahasiswa Baru

(.....)

nama lengkap dan tanda tangan

\*coret yang tidak perlu

\*\*lingkari Pilihan Anda



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO  
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI : •KEDOKTERAN (S1) •PENDIDIKAN PROFESI DOKTER (PROFESI)

ANAMNESA

ISI SEMUA PERTANYAAN BERIKUT INI BERIKAN TANDA **CENTANG (✓)** PADA PILIHAN YANG PALING SESUAI DENGAN KEADAAN CAMABA.

| NO  | APAKAH ANDA (dari kecil sampai dewasa) PERNAH MENGALAMI                                | YA                       | TIDAK                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Riwayat sering sakit kepala berulang                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Riwayat jatuh terbentur pada kepala                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Riwayat kejang                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Riwayat penyakit paru-paru                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Riwayat batuk berulang/lama lebih dari 1 bulan                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Riwayat penyakit asma/sesak nafas                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Riwayat sering pingsan                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Riwayat operasi/dirawat di rumah sakit                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Riwayat penyakit saluran pencernaan                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Riwayat muntah darah                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Riwayat berak darah                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Riwayat batuk darah                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Riwayat penyakit jantung                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Riwayat keringat dingin tangan/kaki                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Riwayat biru pada bibir/tangan/kaki                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Riwayat demam berulang selama sekitar 2 bulan                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Riwayat diare berulang selama sekitar 2 bulan                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Riwayat sariawan berulang selama sekitar 2 bulan                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Riwayat kesemutan yang berulang & terus menerus                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Riwayat gangguan pendengaran/telinga                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Riwayat gangguan penglihatan/mata                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Apakah Anda sedang haid? (khusus perempuan)                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Apakah anda sedang berpuasa?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Apakah anda sedang sakit*?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | *Jika Ya, Sebutkan jenis keluhan/sakit :<br>—                                          |                          |                          |
| 25. | Apakah anda sedang mengalami Demam/Panas?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Apakah anda sedang Batuk/Pilek/Flu/Nyeri Tenggorokan?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Apakah anda mengalami pusing/sakit kepala?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Apakah anda mengalami mual/muntah?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Apakah 1-3 hari sebelum tes Anda mengkonsumsi obat/vitamin?<br>Jika Ya, sebutkan _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**

PROGRAM STUDI : • KEDOKTERAN (S1) • PENDIDIKAN PROFESI DOKTER (PROFESI)

**FORM PEMERIKSAAN FISIK**  
**IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)**

No. Pemeriksaan Kesehatan CAMABA : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Program Studi\* : Prodi Sarjana KEDOKTERAN Prodi Profesi  
 KEDOKTERAN Fakultas KEDOKTERAN Universitas  
 Muhammadiyah Sidoarjo

**HASIL PEMERIKSAAN FISIK**

(diisi oleh dokter/pemeriksa)

**1. PEMERIKSAAN BERAT BADAN & TINGGI BADAN**

Tinggi Badan: .....cm      Berat Badan ..... Kg

**2. PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH & NADI**

Tensi : ...../..... mmHg      Nadi ..... X/menit (reguler/ireguler)\*

**3. PEMERIKSAAN FISIK**

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik mohon dokter mengkonfirmasi lembar anamnesa yang telah diisi secara mandiri oleh calon mahasiswa baru di form 2  
 Kemudian lingkari pemeriksaan fisik yang telah didapatkan pada tabel berikut ini:

|                |                                                                                         |                |         |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|
| Keadaan umum   | Tampak sehat/tampak sakit                                                               |                |         |
| Gait*          | dBN/ abnormal                                                                           |                |         |
| Kepala*        | dBN /lesi kulit /deformitas/anemi/ikterik                                               |                |         |
| Leher*         | dBN /Lesi kulit /deformitas/pembesaran kelenjar tiroid/pembesaran kelenjar getah bening |                |         |
| Thorax*        | dBN /Lesi kulit /deformitas                                                             |                |         |
| Pulmo*         | Vesikuler / Bronkovesikuler                                                             |                |         |
|                | Rhonki + / -                                                                            | Wheezing + / - |         |
| Cor*           | S1 S2 tunggal / suara jantung tambahan.                                                 |                |         |
|                | Mur-mur +/- di.....                                                                     |                |         |
| Abdomen*       | dBN /lesi kulit /tumor abdomen/spider nevi                                              |                |         |
|                | Hepar dBN / hepatomegali/ sirosis hepatitis                                             |                |         |
|                | Lien : dBN / splenomegaly                                                               |                |         |
| Ekstremitas*   | dBN /Lesi kulit /deformitas/kelainan bentuk atau warna kuku                             |                |         |
|                | Kekuatan motorik: dbn/ lemah                                                            |                |         |
| Kesimpulan*    | Dalam batas normal/Abnormal                                                             |                |         |
| Catatan khusus |                                                                                         |                |         |
| Nama Dokter    |                                                                                         | Paraf**        |         |
|                | Stempel                                                                                 |                | Stempel |

\* Lingkari Pilihan Anda

\*\*Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO  
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI : • KEDOKTERAN (S1) • PENDIDIKAN PROFESI DOKTER (PROFESI)

FORM PEMERIKSAAN TELINGA

(diisi oleh dokter/pemeriksa)

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pemeriksaan Kesehatan  
CAMABA : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Program Studi\* : Prodi Sarjana KEDOKTERAN Prodi Profesi  
KEDOKTERAN Fakultas KEDOKTERAN Universitas  
Muhammadiyah Sidoarjo

HASIL PEMERIKSAAN TELINGA :

|                    | Dekstra                                                                              | Sinistra                                                                             |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Auricula*          | Normal/Abormal<br>Tuliskan detail jika abnormal:                                     | Normal/Abormal<br>Tuliskan detail jika abnormal:                                     |
| Kanalis auriculis* | paten/tidak paten<br>(kongenital/serumen obsturan)<br>Tuliskan detail jika abnormal: | paten/tidak paten<br>(kongenital/serumen obsturan)<br>Tuliskan detail jika abnormal: |
| Membrana tympani * | intak/tidak intak/retraksi<br>Tuliskan detail jika abnormal:                         | intak/tidak intak/retraksi<br>Tuliskan detail jika abnormal:                         |
| Tes bisik*         | normal/abnormal                                                                      | normal/abnormal                                                                      |
| Kesimpulan*        | dBN/Ditemukan kelainan .....                                                         |                                                                                      |
| Nama Dokter :      | Stemple                                                                              | TTD**<br>Stemple                                                                     |

\* Lingkari Pilihan Anda

\*\*Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**

PROGRAM STUDI : • KEDOKTERAN (S1) • PENDIDIKAN PROFESI DOKTER (PROFESI)

No. Pemeriksaan Kesehatan  
CAMABA : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Program Studi\* : Prodi Sarjana KEDOKTERAN Prodi Profesi  
KEDOKTERAN Fakultas KEDOKTERAN  
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

**HASIL PEMERIKSAAN MATA :**

(diisi oleh dokter/pemeriksa)

Apabila memakai kacamata, kacamata tidak perlu dilepas

- a. Tajam penglihatan sentral :
- Mata Kanan : ..... Pakai kaca mata / tanpa kaca mata\*
  - Mata Kanan dgn pinhole : ..... Pakai kaca mata / tanpa kaca mata\*
  - Mata Kiri : ..... Pakai kaca mata / tanpa kaca mata\*
  - Mata Kiri dgn pinhole : ..... Pakai kaca mata / tanpa kaca mata\*
- b. Tajam Penglihatan Warna\*\* : ( ) Tidak Buta Warna  
( ) Buta Warna Parsial  
( ) Buta Warna Total

|                                        |         |          |         |
|----------------------------------------|---------|----------|---------|
| <u>Pemeriksaan meliputi :</u>          |         |          |         |
| VISUS ODS :                            |         |          |         |
| TIO ODS :                              |         |          |         |
| SEGMENT ANT ODS :                      |         |          |         |
| FUNDUS ODS :                           |         |          |         |
| ISHIHARA TEST ODS :                    |         |          |         |
|                                        |         |          |         |
| <u>KESIMPULAN : dBN/Kelainan .....</u> |         |          |         |
|                                        |         |          |         |
| Nama Dokter :                          | Stemple | Paraf*** | Stemple |

\* Lingkari Pilihan Anda

\*\* Centang Pilihan Anda

\*\*\*Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten