



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI : •KEDOKTERAN (S1) •PENDIDIKAN PROFESI DOKTER (PROFESI)

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO
TAHUN AKADEMIK 2026 / 2027
(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 ¹ : 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 Muhamammadiyah Sidoarjo.
Sidoarjo,// 2026

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	☐	☐
2.	Riwayat jatuh terbentur pada kepala	☐	☐
3.	Riwayat kejang	☐	☐
4.	Riwayat penyakit paru-paru	☐	☐
5.	Riwayat batuk berulang/lama lebih dari 1 bulan	☐	☐
6.	Riwayat penyakit asma/sesak nafas	☐	☐
7.	Riwayat sering pingsan	☐	☐
8.	Riwayat operasi/dirawat di rumah sakit	☐	☐
9.	Riwayat penyakit saluran pencernaan	☐	☐
10.	Riwayat muntah darah	☐	☐
11.	Riwayat berak darah	☐	☐
12.	Riwayat batuk darah	☐	☐
13.	Riwayat penyakit jantung	☐	☐
14.	Riwayat keringat dingin tangan/kaki	☐	☐
15.	Riwayat biru pada bibir/tangan/kaki	☐	☐
16.	Riwayat demam berulang selama sekitar 2 bulan	☐	☐
17.	Riwayat diare berulang selama sekitar 2 bulan	☐	☐
18.	Riwayat sariawan berulang selama sekitar 2 bulan	☐	☐
19.	Riwayat kesemutan yang berulang & terus menerus	☐	☐
20.	Riwayat gangguan pendengaran/telinga	☐	☐
21.	Riwayat gangguan penglihatan/mata	☐	☐
22.	Apakah Anda sedang haid? (khusus perempuan)	☐	☐
23.	Apakah anda sedang berpuasa?	☐	☐
24.	Apakah anda sedang sakit*?	☐	☐
	*Jika Ya, Sebutkan jenis keluhan/sakit : —		
25.	Apakah anda sedang mengalami Demam/Panas?	☐	☐
26.	Apakah anda sedang Batuk/Pilek/Flu/Nyeri Tenggorokan?	☐	☐
27.	Apakah anda mengalami pusing/sakit kepala?	☐	☐
28.	Apakah anda mengalami mual/muntah?	☐	☐
29.	Apakah 1-3 hari sebelum tes Anda mengkonsumsi obat/vitamin? Jika Ya, sebutkan _____	☐	☐



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 Tuliskan detail jika abnormal:	Normal/Abormal Tuliskan detail jika abnormal:
Kanalis auriculis*	paten/tidak paten (kongenital/serumen obsturan) Tuliskan detail jika abnormal:	paten/tidak paten (kongenital/serumen obsturan) Tuliskan detail jika abnormal:
Membrana tympani *	intak/tidak intak/retraksi Tuliskan detail jika abnormal:	intak/tidak intak/retraksi Tuliskan detail jika abnormal:
Tes bisik*	normal/abnormal	normal/abnormal
Kesimpulan*	dBN/Ditemukan kelainan	
Nama Dokter :	Stemple	TTD** 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