

**SEKOLAH TINGGI TEOLOGI AMANAT AGUNG**  
**Jl. Kedoya Raya No. 18, Jakarta Barat 11520, Indonesia**  
**Telp. (021) 5835 7684-88. Fax: (021) 581 9375. Email : [amanatagung@cbn.net.id](mailto:amanatagung@cbn.net.id)**

**PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON MAHASISWA**

Nama \_\_\_\_\_ L/P

Umur \_\_\_\_\_ Tekanan Darah \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Keadaan Umum \_\_\_\_\_

Tinggi Badan \_\_\_\_\_ cm. Berat Badan \_\_\_\_\_ kg

Penglihatan Kanan  Baik  Kurang

Kiri  Baik  Kurang

Pendengaran Kanan  Baik  Kurang

Kiri  Baik  Kurang

Hidung \_\_\_\_\_

Mulut \_\_\_\_\_

Jantung \_\_\_\_\_

Pernapasan \_\_\_\_\_

Perut \_\_\_\_\_

Kulit \_\_\_\_\_

Lain-lain \_\_\_\_\_

Laboratorium Darah Rutin \_\_\_\_\_

Urine Rutin \_\_\_\_\_

Rontgen Foto Dada \_\_\_\_\_

*(Pembacaan Ahli Sinar dilampirkan)*

Kesimpulan Berdasarkan hasil pemeriksaan, calon ini kesehatannya

Baik  Cukup Baik  Kurang Baik

Nama Dokter \_\_\_\_\_

Alamat \_\_\_\_\_ Kota \_\_\_\_\_ Kode Pos \_\_\_\_\_

Telepon ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Stempel

\_\_\_\_\_  
Tanggal