

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN  
 SELEKSI PENERIMAAN MAHASISWA BARU (SPMB)  
 POLTEKKES KEMENKES MEDAN  
 TAHUN AKADEMIK 2026/2027**

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>PRESTASI</b> |  |
| <b>BERSAMA</b>  |  |
| <b>MANDIRI</b>  |  |

**\*di isi oleh peserta**

Nama Peserta : ..... Jenis Kelamin :  1.Pria 2.Wanita  
 Tanggal Lahir : ..... Umur :   Tahun  
 Nomor Ujian : ..... No. Handphone : .....  
 Prodi Pilihan : .....  
 Poltekkes Pilihan : .....

3X4 CM

**\*di isi oleh dokter pemeriksa**

Tempat Pemeriksaan : .....  
 Tanggal Pemeriksaan : ..... 2026  
 Dokter Pemeriksa : .....  
 Nomor SIP dokter Penanggung Jawab : .....

| No  | JENIS PEMERIKSAAN                        | NORMAL                 | KELAINAN                    | KETERANGAN |
|---|--|------------------------|-----------------------------|------------|
| 1   | <b>ANTROPOMETRI</b>                      |                        |                             |            |
|   | - Tinggi Badan : Cm                      |                        |                             |            |
|   | - Berat Badan : Kg                       |                        |                             |            |
| 2   | <b>VITAL SIGN</b>                        |                        |                             |            |
|   | - Tekanan Darah : MmHg                   |                        |                             |            |
|   | - Nadi : x/Menit                         |                        |                             |            |
| 3   | <b>KULIT</b>                             |                        |                             |            |
|   | - Tato                                   |                        |                             |            |
|   | - Tindik                                 |                        |                             |            |
| 4   | <b>HIDUNG</b>                            |                        |                             |            |
|   | <b>MATA</b>                              | OD                     |                             |            |
|   |  | OS                     |                             |            |
| - Buta Warna                              |  |                        |                             |            |
| 5   | - Strabismus                             |                        |                             |            |
|   | <b>TELINGA</b>                           |                        |                             |            |
|   |  | - Kiri                 |                             |            |
| - Kanan                                   |  |                        |                             |            |
| 6   | <b>LEHER</b>                             |                        |                             |            |
|   |  | - Thyroid              |                             |            |
|   |  | <b>THORAX</b>          |                             |            |
| - Jantung ( Bising Jantung)               |  |                        |                             |            |
| - Paru - Paru ( Tidak perlu photo thorax) |  |                        |                             |            |
| 7   | <b>GANGGUAN TULANG BELAKANG</b>          |                        |                             |            |
|   |  | <b>PALPASI ABDOMEN</b> |                             |            |
|   |  |                        | - Hepar                     |            |
| - Lien                                    |  |                        |                             |            |
| 8   | - Ginjal                                 |                        |                             |            |
|   | <b>REFLEX</b>                            |                        |                             |            |
|   |  | - Pupil                |                             |            |
| - Patela                                  |  |                        |                             |            |
| 9   | - Achilles                               |                        |                             |            |
|   | <b>PEMERIKSAAN PENUNJANG (WICARA)</b>    |                        |                             |            |
|   |  | - Cadel                |                             |            |
| - Gagap                                   |  |                        |                             |            |
| 10  | <b>EKSTREMITAS : Tremor : Y a/ Tidak</b> |                        |                             |            |
|   |  | <b>GIGI</b>            |                             |            |
|   |  |                        | <b>KERAPIAN SECARA UMUM</b> |            |
| - Kerapian /Kebersihan                    |  |                        |                             |            |
| - Kelengkapan Deformitas Anggota Tubuh    |  |                        |                             |            |

**16. Riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita dan Cacat Fisik**

|   |               |            |   |                       |            |
|---|---------------|------------|---|-----------------------|------------|
| 1 | Epilepsi      | Ya / Tidak | 5 | Diabetes Melitus (DM) | Ya / Tidak |
| 2 | Gangguan Jiwa | Ya / Tidak | 6 | Hipertensi            | Ya / Tidak |
| 3 | Asma          | Ya / Tidak | 7 | Cacat Fisik           | Ya / Tidak |
| 4 | Jantung       | Ya / Tidak | 8 | Lainnya .....         |            |

*\*coret yang tidak perlu*

**Hasil Pengkajian Informasi Tentang Riwayat Penyakit**

**Kesimpulan :**

**REKOMENDASI (Beri tanda √) Mengikuti pendidikan pada jurusan yang dipilih**

Calon Peserta  **Dapat**  
 **Tidak Dapat**

.....,.....2026  
Dokter Pemeriksa,

.....  
NIP. ....