

**DAFTAR ISIAN RIWAYAT KESEHATAN
SELEKSI PENERIMAAN PESERTA DIDIK BARU
SMA NEGERI 2 LINTONGNIHUTA
ANGKATAN 13
TAHUN PELAJARAN 2024/2025**

I. IDENTITAS

1. Nama :
2. Tempat Tanggal Lahir:
3. Jenis kelamin :
4. Alamat Rumah :
5. No. Telepon / HP :
6. No. Peserta :
7. Golongan darah :
8. Tinggi badan :
9. Berat Badan :

II. ANAMNESIS / RIWAYAT PENYAKIT

Riwayat Penyakit Dahulu: Riwayat penyakit yang pernah diderita sebelum mengikuti seleksi menjadi Calon Peserta Didik di SMA Negeri 2 Lintongnihuta (Isilah dengan jujur dan bertanggung jawab. Riwayat kesehatan ini tidak termasuk dalam kategori penilaian, tetapi data ini dibutuhkan sebagai keterangan penunjang kesehatan).

**1. Apakah saudara pernah / sedang menderita kelainan dibawah ini
(beri tanda \surd pada kolom yang dipilih)**

No	Teliti satu satu	Ya	Tidak	Keterangan
1	Sering Sakit Kepala			
2	Sering muntah			
3	Riwayat Cedera Kepala			
4	Sering Kejang			
5	Epilepsi			
6	Sering Gemetar			
7	Sering Pingsan			
8	Riwayat Stroke			
9	Luka- luka akibat kecelakaan			
10	Riwayat Kecelakaan Berat			
11	Kehilangan Salah Satu Anggota Tubuh			
12	Riwayat Patah Tulang Bila iya, Kapan dan Anggota Tubuh?			
13	Riwayat Nyeri Sendi			
14	Riwayat Asma			
15	Riwayat Batuk lebih dari 2 Minggu			
16	Riwayat Batuk Darah			
17	Riwayat Nyeri Dada			
18	Riwayat Darah Tinggi			
19	Riwayat Sesak Setelah Aktivitas			
20	Riwayat Nyeri Ulu Hati			
21	Riwayat BAB Darah			
22	Riwayat BAB cair lama			

23	Riwayat Nyeri Perut Hebat			
24	Riwayat Malaria			
25	Riwayat Keluar Cairan dari Telinga			
26	Riwayat Pilek Berulang			
27	Riwayat Mimisan			
28	Riwayat Operasi Bila iya, kapan dan jenis operasi?			
29	Riwayat Alergi Obat dan Makanan			
30	Konsumsi obat-obatan 3 hari terakhir			
31	Riwayat Hernia/ Turun bero			

2. Riwayat Psikiatri

Apakah saudara pernah/ sedang menderita/kelainan dibawah ini
(beri tanda \checkmark pada kolom yang dipilih)

No	Teliti satu satu	Ya	Tidak	Keterangan
1	Riwayat Susah Tidur			
2	Riwayat Percobaan Bunuh Diri			
3	Riwayat Perasaan Tertekan			
4	Riwayat Penyalahgunaan Obat-Obatan			
5	Riwayat Kesulitan Penyesuaian Lingkungan Baru			
6	Sering Mendengar Bisikan			

3. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah Orang Tua, Saudara Laki-laki/ Perempuan
(Beri tanda \checkmark pada kolom yang dipilih)

NO	Pernah Menderita	Ya	Tidak	Siapa
1	Bengek / Asma			
2	Batuk Darah			
3	Sakit sendi-sendi			
4	Sakit Ginjal			
5	Sakit Jantung			
6	Sakit Kencing Manis			
7	Penyakit Darah Tinggi / Hipertensi			
8	Gangguan Jiwa			
9	Ayan / Epilepsi			
10	Bunuh diri			

....., April 2024
Yang Membuat Pernyataan

Nama Peserta