



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**Form Pemeriksaan Kesehatan Gigi  
Mahasiswa Baru Universitas Andalas**

No Registrasi

Identitas Diri

Nama : .....  
Umur : .....(L/P)  
Fakultas : .....  
Alamat : .....  
No HP/Telp. : .....  
Riwayat Penyakit : .....

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

D  
M  
F

DMF-T = D + M + F

Kalkulus :+ / -

Stain :+ / -

Crowded :+ / -

Penyakit Mulut : 1. Ulkus 2. Lesi Vesikobulosa 3. Lesi Putih 4. Lesi Merah  
5. Lesi Merah dan Putih 6. Lesi Pembesaran Jaringan 7. Pigmentasi

Keterangan :

Padang, 2017  
Dokter Gigi Pemeriksa

(.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**Form Pemeriksaan Kesehatan  
Mahasiswa Baru Universitas Andalas**

No Registrasi

Identitas Diri

Nama : ..... Sex : L/P  
Tempat/Tgl Lahir : ...../..... Suku : .....  
Fakultas : ..... Jurusan : .....  
Alamat : Jalan : ..... RT/RW : .....  
Kelurahan : ..... Kecamatan : .....  
Kabupaten : ..... Provinsi : .....

No Telp/Email : ...../.....

Anamnesis (Riwayat Dahulu dan Sekarang)

Pemeriksaan : Berat Badan : Tinggi Badan :  
Tekanan Darah : Irama :  
Nadi Frekuensi : Sclera :  
Konjungtiva :  
Nasal :  
Tonsil :  
Jantung dan Paru :  
Abdomen :  
Ekstremitas :

KESIMPULAN :

Padang, 2017  
Dokter Pemeriksa

(.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**SURAT KETERANGAN PEMERIKSAAN NAPZA**

No Registrasi

Pada hari ini.....Tgl,.....telah dilakukan pemeriksaan NAPZA terhadap :

Nama : .....  
 Fakultas : .....  
 Umur : .....  
 Jenis Kelamin : .....  
 Pekerjaan : .....  
 Alamat : .....  
 Tanda Tangan : .....  
 No. Pot : .....

Hasil tes dengan Parameter

- 1. Amphetamine : .....
- 2. Methamphetamine : .....
- 3. THC : .....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Padang,.....20.....  
Dokter Pemeriksa

(.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

**HASIL TES BUTA WARNA**

No Registrasi

Yang bertanda tangan dibawah ini, Dokter Klinik Pratama Medika Andalas Universitas Andalas dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : .....  
 Fakultas : .....  
 Umur : .....  
 Jenis Kelamin : .....  
 Pekerjaan : .....  
 Alamat : .....

Menurut hasil pemeriksaan Test Buta Warna yang dilakukan pada hari ini ternyata yang bersangkutan :

- I. Tidak Buta Warna
- II. Buta Warna : 1. Buta Warna Parsial  
2. Buta Warna Total



Padang,.....20.....  
Dokter Pemeriksa

(.....)



**KLINIK PRATAMA MEDIKA ANDALAS  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Gedung Bagonjong Klinik Pratama Medika Andalas-Universitas Andalas  
Limau Manis Padang-25163 Telp. 082387223017

---

---

**SURAT KETERANGAN  
TELAH MELAKUKAN PEMERIKSAAN KESEHATAN**

Nomor Registrasi :

Nama : .....

Fakultas : .....

Alamat : .....

Dinyatakan **TELAH SELESAI** melaksanakan pemeriksaan kesehatan  
di Klinik Pratama Medika Andalas

---

**CHECK LIST PEMERIKSAAN  
(DIISI OLEH PETUGAS DENGAN TANDA “ ✓ ” DALAM KOTAK)**

Pemeriksaan Medik Umum

Pemeriksaan Gigi

Pemeriksaan Antropometri

Pemeriksaan buta warna

Pemeriksaan Vital Sign

Pemeriksaan NAFZA 3 panel

Padang, .....2017

Klinik Pratama Medika Andalas

(.....)

