

RIWAYAT KESEHATAN ANAK

NAMA ANAK :

KELAS :

 TK SD SMP

A. Riwayat Kesehatan

- | | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| 1 | Alergi (tidak tahan) makanan tertentu.
Sebutkan makanannya | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 2 | Alergi (tidak tahan) obat tertentu.
Sebutkan nama obatnya | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 3 | Pernah mengalami cedera serius akibat kecelakaan
(gegar otak/patah tulang atau lainnya) | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
- Usia: Usia :

B. Masalah kesehatan yang pernah/sedang dialami:

- | | | | | | |
|----|----------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| 1 | Anemia / kurang darah | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 2 | Asma / bengek | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 3 | Batuk selama lebih dari 3 minggu | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 4 | Diabetes melitus / kencing manis | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 5 | Hepatitis / sakit kuning | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 6 | Penyakit Jantung | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 7 | Kejang berulang | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 8 | Tuberkulosis (TBC) paru | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 9 | Nyeri lambung | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 10 | Pembesaran Amandel | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 11 | Covid-19 | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |

C. Riwayat Imunisasi

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|-------|--------------------------|----|
| 1 | Apakah Anak memiliki catatan imunisasi? | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 2 | Apakah pada saat bayi mendapat imunisasi? | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 3 | Apakah pada saat SD kelas 1 mendapat imunisasi? | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 4 | Apakah pada saat SD kelas 2 mendapat imunisasi? | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |
| 5 | Apakah pada saat SD kelas 3 mendapat imunisasi? | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya |

INFORMASI KESEHATAN KELUARGA

Apakah Orangtua atau anggota keluarga menderita :

- | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|-------|--------------------------|----|--------------------------|------------|
| 1 | Tuberkulosis (TBC) paru | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 2 | Diabetes melitus / kencing manis | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 3 | Asma / bengek | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 4 | Serangan Jantung | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 5 | Tekanan darah tinggi | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 6 | Kanker / tumor ganas | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 7 | Talasemia (sel darah merah cepat rusak) | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |
| 8 | Hemofilia (gangguan pembekuan darah) | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak tahu |

Beri tanda ✓ pada kotak yang di pilih

Jayapura,

2021

Orang Tua / Wali