

KARTU SKRENING KESEHATAN

1. Tanggal Pemeriksaan :
 2. NIK/BPJS :
 3. Nama/ Tanggal Lahir :
 4. Jenis Kelamin :L / P
 5. Agama :
 6. Alamat :
 7. Riwayat Penyakit Tidak Menular :
 8. Faktor Risiko Asap Rokok :Ya / Tidak
 9. Aktifitas Fisik – 150 menit/minggu :Ya / Tidak
 10. Konsumsi Sayur & Buah 5 porsi/hari :Ya / Tidak
 11. Berat Badan/ Tinggi Badan :kg/cm
 12. Lingkar Perut :(P < 80cm , L < 90cm).
 13. Tekanan Darah :mmHg (< 140/90 mmHg)
 14. Pemeriksaan Mata : Kanan :/ Kiri :
 15. Pemeriksaan Telinga : Kanan :/ Kiri :
 16. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu :mg/dL (<200 mg/dL)
 17. Kolesterol Total :mg/dL (<150 mg/dL)
 18. Gangguan Mental Emosional :Ya / Tidak (Ya lebih dari 5)
- Lakukan Pemeriksaan Skrining Kesehatan Kembali Tanggal :