Pesantren Islam Internasional Al-Andalus

PANITIA PENERIMAAN SANTRI BARU

Tahun Ajaran 2026-2027

Lamp. : 1 Lembar
Hal : Pemeriksaan Kesehatan Calon Santri Baru Pesantren Islam Internasional Al-Andalus

Kepada Ykh.
Petugas Kesehatan Puskesmas/ Rumah Sakit
……..
Di Tempat

Dengan hormat.
Sehubung dengan kegiatan penerimaan calon santri baru Pesantren Islam Internasional Al-Andalus Tahun Ajaran 2026-2027, kami selaku panitia membutuhkan pemeriksaan kesehatan bagi para calon santri sebagai salah satu bagian dari rangkaian proses tes seleksi.

Untuk itu, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan bagi calon santri dengan identitas berikut.

Nama	: ……..……
Nomor pendaftaran	: ……..……
Tempat, tanggal lahir	: ……..……
Alamat	: ……..……

Jenis pemeriksaan kesehatan yang dibutuhkan adalah :

1. Riwayat Penyakit (*Anamnesis*)
2. Pemeriksaan Fisik (*Physical Test*)
3. Pemeriksaan Tajam Penglihatan (*Visus*) dan Buta Warna
   Bila *visus* tidak normal maka diusahakan dilengkapi dengan nilai negatif, positif, atau nilai silindrisnya seperti tes untuk kacamata (misal V.OD/V.OS: -1/-0,5)
4. Pemeriksaan darah HBsAg

Hasil pemeriksaan dapat diisikan pada form terlampir. Semua biaya untuk keperluan pemeriksaan kesehatan ini dibebankan kepada calon santri yang bersangkutan dengan mekanisme yang ditentukan oleh pihak Rumah Sakit/ Puskesmas.

Demikian yang dapat kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Bogor, Agustus 2025
Ketua Panitia,

Jarier Furqony, Lc., M.Pd.

Pesantren Islam Internasional Al-Andalus

PANITIA PENERIMAAN SANTRI BARU

Tahun Ajaran 2026-2027

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan hasil pemeriksaan medis dari :

Nama : ……

Nomor pendaftaran : ……

Tempat, tanggal lahir : ……

Alamat : ……

Hasil pemeriksaan adalah sebagai berikut:

Riwayat Kesehatan Pribadi

Apakah Anda pernah sakit asma ?	: Tidak / Ya	Ket : Ringan – Sedang – Berat
Apakah Anda pernah sakit TBC ?	: Tidak / Ya	Ket : Sembuh – Proses Pengobatan
Apakah Anda pernah sakit hepatitis ?	: Tidak / Ya	Ket : Sembuh – Proses Pengobatan
Apakah Anda ada riwayat epilepsy ?	: Tidak / Ya	Ket : Sembuh – Proses Pengobatan
Apakah Anda cocok tinggal di daerah dingin ?	: Tidak / Ya	

Hasil Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Tinggi badan : _____ cm

Berat badan : _____ kg

Tekanan darah : _____ mmHg

2. Kepala

a. Mata

Visus Kanan : _____

Visus Kiri : _____

Pakai Kacamata : Ya / Tidak Ket :

Buta Warna

b. Telinga : Ya / Tidak

Membran

Timpani : Normal / Ada kelainan Ket :

Serumen

Bekas tindik : Ada / Tidak ada Ket :

c. Hidung : Ada / Tidak ada Ket :

Polyp

d. Tenggorokan : Normal / Ada kelainan Ket :

Tonsil

Pharynx : Normal / Ada kelainan Ket :

: Normal / Ada kelainan Ket :

3. Leher

Kelenjar gondok : Normal / Ada kelainan Ket :

4. Dada

Jantung : Normal / Ada kelainan Ket :

Paru-Paru : Normal / Ada kelainan Ket :

5. Perut

Hepar : Normal / Ada kelainan Ket :

Limpa : Normal / Ada kelainan Ket :

Hernia : Normal / Ada kelainan Ket :

6. Anus dan Rektum

Hemoroid : Ada / Tidak ada Ket :

7. Ekstrimitas

Atas : Normal / Ada kelainan Ket :

Bawah : Normal / Ada kelainan Ket :

8. Kulit

Penyakit Kulit : Ada / Tidak ada Ket :

Varises : Ada / Tidak ada Ket :

9. Pemeriksaan lab (Hepatitis B) dilampirkan.

Telah melakukan pemeriksaan dengan benar, Dan data yang kami lampirkan adalah sesuai dengan hasil pemeriksaan.

_____, _____ 20__

Dokter Pemeriksa,

dr. _____

NIP. _____