|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nama :**  | **…………………………………….** | **Asal Sekolah :**  | **…………………………………** |

**ANGKET KESEHATAN**

Lingkari yang menurut anda Benar dan Jujurlah!

1. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan? ( ya / tidak )

Jika ya, adakah bekas luka? ( ada / tidak )

Bagian mana? .............................................. Sempat opname? ( ya / tidak )

Opname berapa lama? ............

1. Apakah Anda sedang mengkonsumsi obat ( ya / tidak )

Jika ya, obat apa yang anda konsumsi? ..........

Sudah lama kah anda mengkonsumsi obat tersebut? ( sudah / belum lama )

1. Apakah sekarang Anda sedang mengidap penyakit ( ya / tidak )

Jika ya, penyakit apa...........

Apakah jika anda kelelahan, penyakit tersebut akan kambuh ( ya / tidak )

1. Apakah Anda perokok ( ya / tidak )

Jika ya, sehari berapa batang? ..........

Sudah lamakah anda mengkonsumsi rokok? ( sudah / belum )

Jika sudah, sejak kapan? .............

1. Apakah Anda pernah operasi? ( pernah / tidak )

Jika pernah, operasi apa? ..........

1. Apakah Anda memiliki alergi pada makanan atau minuman? ( ya/ tidak )

Jika ya, alergi apa? ..............

Isilah sesuai dengan yang pernah anda derita

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAMA PENYAKIT** | **Pernah** | **Tidak** | **NAMA PENYAKIT** | **Pernah** | **Tidak** |
| Sakit kepala |  |  | Sakit Gigi |  |  |
| Flu |  |  | Amandel |  |  |
| Demam |  |  | Sakit Tenggorokan |  |  |
| Varises |  |  | Asma |  |  |
| Usus Buntu |  |  | Ostheoporosis |  |  |
| Maag |  |  | Anemia |  |  |
| Asam Lambung |  |  | Batuk |  |  |
| Paru-paru Basah |  |  | Diare |  |  |
| Jantung |  |  | Varichocle |  |  |
| Asam Urat |  |  | Nyeri Otot |  |  |
| Nyeri Sendi |  |  | Muntaber |  |  |
| Bronkhitis |  |  | Gangguan jiwa |  |  |
| THT |  |  | Patah Tulang |  |  |
| Gagar Otak |  |  | Ambeien |  |  |
| Step (Panas Tinggi) |  |  | Lain-lain |  |  |
| Penyakit Kulit ................................ |  |  | ................................. |  |  |