



يُؤَيِّدُ وَيُغِيثُ وَيُنصِّرُ وَيُنصِّتُ
يُؤَيِّدُ وَيُغِيثُ وَيُنصِّرُ وَيُنصِّتُ

YAYASAN AL BAYYINAH AL ISLAMIYAH

Akte Notaris : Yatiman Hadi Suparjo S.H Nomor : 660 / 2006

SK MENKUMHAM No: C-857 HT 01.02 TH 2007

No Statistik Ponpes : 510035250143 – Nomor Piagam : 001822

Alamat : Jl. R.M Said No.06 RT.01 RW.1 Telp. +6281230404321 Sedagaran-Sidayu-Gresik 61153

DAFTAR RIWAYAT KESEHATAN CALON SANTRI/SANTRIWATI MA'HAD AL BAYYINAH

I. IDENTITAS

Nama :

Tempat / Tanggal Lahir :

Alamat :

II. RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU

Berilah tanda silang (x) pada riwayat penyakit yang pernah diderita pada setiap penyakit dibawah ini untuk jawaban Ya atau Tidak, serta beri penjelasan pada pertanyaan Nomor 2 dengan benar, jujur dan bertanggungjawab.

1. Apakah anda pernah menderita penyakit seperti dibawah ini :

JENIS PENYAKIT	YA	TDK	JENIS PENYAKIT	YA	TDK	JENIS PENYAKIT	YA	TDK
Asma			Hepatitis			Vertigo		
TBC			Gangguan bicara			Ayan / Epilepsi		
RadangParu			Batu Empedu			Kencing manis		
Radang Selaput Paru			Hernia			Kencing Nanah		
Bronchitis			Ambeien			Infeksi Kelamin		
Stroke			Gangguan Ginjal			Demam Tinggi		
Demam Rheumatik			Gangguan Kencing			Disentri		
DarahTinggi			Batu Ginjal			Malaria		
Penyakit Jantung			Nyeri punggung			Alergi Obat/Makanan		
Nyeri di dada kiri			Gangguan Sendi			Pingsan Berulang		
Varises			Sakit Kulit			Patah tulang		
Kanker			Sulit Tidur			Tumor		
Gangguan Telinga			Gugup			Radang Tenggorokan		
Sering Flu / Sakit			Maag/Saluran Cerna			Sering Sakit Kepala		

2. Apakah anda pernah mengalami gangguan jin (kesurupan/melihat jin)? Ya/Tidak
Jika Ya, Jelaskan(mengapa dan kapan)
.....

3. Apakah saat ini anda sedang dalam pengobatan/minum obat ? Ya / Tidak
Jika Ya ,Jelaskan (apa dan kapan) :
.....

4. Apakah anda pernah menderita batuk berdarah ? Ya / Tidak
Jika Ya ,Jelaskan (apa dan kapan) :
.....
5. Apakah anda pernah dirawat di rumah sakit ? Ya / Tidak
Jika Ya ,Jelaskan (mengapa dan kapan) :
.....
6. Apakah anda pernah dioperasi ? Ya / Tidak
Jika Ya ,Jelaskan (apa dan kapan) :
.....
7. Apakah anda pernah mengalami kecelakaan ? Ya / Tidak
 - a. Apakah ada trauma kepala pada saat kecelakaan :Ya / Tidak
 - b. Apakah dirawat : Ya / Tidak
Jika dirawat dimana ,kapan dan berapa lama :
.....
8. Apakah pada saat kecelakaan kehilangan kesadaran ? Ya / Tidak
Jika Ya, berapa lama :
.....
9. Apakah anda pernah ditolak sekolahan/pondok pesantren karena masalah kesehatan ?Ya / Tidak
Jika Ya ,Jelaskan :
.....
10. Apakah anda memakai kacamata ?Ya / Tidak ,Minus / Plus / Silendris ? Berapa :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, apabila dikemudian hari ada pernyataan saya yang terbukti tidak benar maka saya siap menerima segala konsekuensinya

.....,

Pembuat Pernyataan,

(_____)