

**TIM PEMERIKSA KESEHATAN CALON MAHASISWA**  
 STUDENT HEALTH EXAMINATION TEAM DIPONEGORO UNIVERSITY  
 HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN / HEALTH EXAMINATION RESULT

Nama / Name : ..... Jenis Kelamin / Gender : ..... Umur / Age : ..... / years old Tempat dan Tanggal Lahir / Place and Date of Birth : ..... Alamat / Address : ..... Program Studi / Study : ..... Fakultas / : ..... Program Faculty .....	No. Test / : ..... Test Number
Tekanan darah/ Blood pressure : ..... / mmHg Nadi/Heart rate...../ mnt, reg / irreg. Cor : normal / patologis : ..... Pulmo : normal / patologis : ..... Abdomen : normal / patologis : ..... Cacat fisik / Physical disability : .....	Paraf Dokter/ Doctor sign  (.....)
Penglihatan : Visus kanan / Right visual equity : Normal / Abnormal Visus : ..... (Vision) Visus kiri / Left visual equity : Normal / Abnormal Visus : .....  Ischihara Test : CCs / IRB / CRB IGB / CGB / TCB  Note : CCs : Complete Color IGB : Incomplete Green Blindness IRB : Incomplete Red Blindness CGB : Complete Green Blindness CRB : Complete Red Blindness TCB : Total Color Blindness  Pendengaran : Telinga Kanan / Right ear : Normal / Abnormal (Hearing) Telinga Kiri / Left ear : Normal / Abnormal  Bicara : Normal / Tidak Normal (speech disorders) (Verbal)	Paraf Dokter/ Doctor sign  (.....)
Narkoba : Positive Negative : AMP / Mop / THC (Drug test) Note : AMP : Amphetamine Mop : Morphin THC : Tetrahydrocannabinol  * mohon melampirkan hasil tes laboratorium narkoba melalui pemeriksaan urin * please attach drug laboratory test results via urine examination	Paraf Dokter/ Doctor sign  (.....)

Catatan / note : ....., .....

(dr. \_\_\_\_\_)  
 \* stempel dokter dan rumah sakit  
 \* doctor and hospital stamp

**SURAT PERNYATAAN  
PEMERIKSAAN HASIL KESEHATAN  
PROGRAM SARJANA DAN SARJANA TERAPAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor peserta :  
Nama :  
Program Studi :  
Fakultas/ Sekolah :  
Jalur Masuk :  
Alamat email :  
Telp/ HP :  
Alamat rumah :

menyatakan bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang saya kirimkan sebagai kelengkapan syarat verifikasi calon mahasiswa baru Tahun Akademik 2024/2025 adalah benar adanya.

Apabila di kemudian hari ditemukan ternyata hasil pemeriksaan kesehatan tersebut terbukti tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya atau tidak sesuai dengan ketentuan yang disyaratkan, sehingga dokumen tersebut tidak dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya, maka saya bersedia menerima segala konsekuensi yang akan timbul termasuk kehilangan status sebagai mahasiswa Universitas Diponegoro.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak mana pun.

....., .....

materai + ttd

-----

# FORMULIR ISIAN PEMERIKSAAN NARKOBA

## I. IDENTITAS DIRI

Nomor Peserta :  
Nama :  
Tempat & tanggal lahir :  
Alamat :  
Nomor Telp/ HP :  
Program Studi :  
Fakultas / Sekolah :  
Jalur Masuk :

## II. PENGGUNAAN / KONSUMSI

Obat dalam 1 (satu) minggu terakhir(Ya/Tidak \*)  
Bila jawaban Anda Ya, sebutkan :

.....  
.....  
.....  
.....

## III. PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya, bahwa isian di atas adalah benar sesuai dengan fakta yang sesungguhnya. Apabila di kemudian hari ternyata pernyataan ini terbukti tidak benar, saya bersedia menerima segala konsekuensi terkait dengan Hasil Penerimaan Mahasiswa Baru Universitas Diponegoro Tahun Ajaran 2024/2025.

....., .....

Yang membuat pernyataan,

( ..... )