

## Formulir Kesehatan Fisik

Nama :  
NIK (No KTP) :  
Tanggal :  
Jumlah Saham :

Demi Kesehatan dan keselamatan bersama, anda harus **JUJUR** dalam menjawab pertanyaan di bawah ini:

No.	PERTANYAAN	Yes	No
1	Apakah dalam 14 hari terakhir anda / keluarga dekat (serumah) pernah keluar rumah / tempat umum (pasar, fasilitas layanan kesehatan, kerumunan orang, dan lain lain ) ?		
2	Apakah dalam 14 hari terakhir anda / keluarga dekat (serumah) pernah menggunakan transportasi umum ?		
3	Apakah dalam 14 hari terakhir anda / keluarga dekat (serumah) pernah melakukan perjalanan keluar kota/internasional?		
4	Apakah dalam 14 hari terakhir anda / keluarga dekat (serumah) mengikuti kegiatan yang melibatkan orang banyak ?		
5	Apakah dalam 2 hari terakhir anda memiliki riwayat kontak erat dengan orang yang dinyatakan terkonfirmasi COVID-19 atau orang yang probable COVID-19 atau orang yang sudah dilakukan swab RT PCR test (berjabat tangan/ berbicara/ berada dalam satu ruangan / satu rumah)?		
6a	Apakah dalam 1 hari terakhir <b>anda</b> pernah mengalami:		
	- Demam		
	- Sesak Napas		
	- Batuk		
	- Pilek / Hidung tersumbat		
	- Sakit tenggorokan		
	- Sakit kepala		
	- Conjunctivitis/mata merah		
	- Hilang indra penciuman dan pengecapan		
	- Halusinasi indra penciuman (contoh : aroma parfum tercium seperti aroma bau busuk)		
	- Ruam kulit		
	- Nyeri otot		
	- Keluhan asam lambung akut (seperti mual/ muntah/ perut kembung/ nyeri perut/ nyeri pada ulu hati/tidak nafsu makan)		
	- Diare		
	- Kelelahan		
	- Delirium / Penurunan kesadaran (seperti : gelisah, mengantuk, lesu, tampak linglung)		

6 b	Apakah dalam 1 hari terakhir <b>keluarga / orang serumah</b> pernah mengalami:		
	- Demam		
	- Sesak		
	- Batuk		
	- Pilek / Hidung tersumbat		
	- Sakit tenggorokan		
	- Sakit kepala		
	- Conjunctivitis/mata merah		
	- Hilang indra penciuman dan pengecapan		
	- Halusinasi indra penciuman ( contoh : aroma parfum tercium seperti aroma bau busuk)		
	- Ruam kulit		
	- Nyeri otot		
	- Keluhan asam lambung akut (seperti mual/ muntah/ perut kembung/ nyeri perut/ nyeri pada ulu hati/tidak nafsu makan)		
	- Diare		
- Kelelahan			
- Delirium / Penurunan kesadaran (seperti : gelisah, mengantuk, lesu, tampak linglung)			

Saturasi Oksigen :

Detak Jantung :

Suhu :

Demikian Formulir Kesehatan Fisik ini saya isi dengan jujur dan sesuai kondisi yang sebenar-benarnya.

Yang Menyatakan,

Mengetahui,

\_\_\_\_\_

Petugas