

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 2 hari terakhir anda memiliki riwayat kontak erat dengan orang yang dinyatakan terkonfirmasi COVID-19 atau orang yang sudah dilakukan swab RT PCR test (berjabat tangan/ berbicara/ berada dalam satu ruangan / satu rumah)?		
2a	Apakah dalam 1 hari terakhir anda pernah mengalami:		
	- Demam		
	- Sesak Napas		
	- Batuk		
	- Pilek / Hidung tersumbat		
	- Sakit tenggorokan		
	- Sakit kepala		
	- Hilang indra penciuman dan pengecapan		
- Halusinasi indra penciuman (contoh : aroma parfum tercium seperti aroma bau Busuk)			
2b	Apakah dalam 1 hari terakhir keluarga / orang serumah pernah mengalami:		
	- Demam		
	- Sesak		
	- Batuk		
	- Pilek / Hidung tersumbat		
	- Sakit tenggorokan		
	- Sakit kepala		
	- Hilang indra penciuman dan pengecapan		
- Halusinasi indra penciuman (contoh : aroma parfum tercium seperti aroma bau busuk)			

Saturasi Oksigen :
 Detak Jantung :
 Suhu :

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

Yang Menyatakan,

Mengetahui,

Petugas