

ANAMNESA

ISI SEMUA PERTANYAAN BERIKUT INI BERIKAN TANDA CENTANG (✓) PADA PILIHAN YANG PALING SESUAI DENGAN KEADAAN CAMABA.

NO	APAKAH ANDA (dari kecil sampai dewasa) PERNAH MENGALAMI	YA	TIDAK
1.	Riwayat sering sakit kepala berulang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Riwayat jatuh terbentur pada kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Riwayat kejang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Riwayat Penyakit Paru-paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Riwayat batuk berulang/lama lebih dari 1 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Riwayat penyakit asma/sesak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Riwayat sering pingsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Riwayat operasi/dirawat di rumah sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Riwayat Penyakit saluran pencernaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Riwayat muntah darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Riwayat berak darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Riwayat batuk darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Riwayat Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Riwayat keringat dingin tangan/kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Riwayat biru pada bibir/tangan/kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Riwayat demam berulang selama sekitar 2 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Riwayat diare berulang selama sekitar 2 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Riwayat sariawan berulang selama sekitar 2 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Riwayat kesemutan yang berulang & terus menerus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Riwayat gangguan pendengaran/telinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Riwayat gangguan penglihatan/mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Apakah Anda sedang haid? (khusus perempuan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Apakah anda sedang berpuasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Apakah anda sedang sakit*?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Jika Ya, Sebutkan jenis keluhan/sakit : _____		
25.	Apakah anda sedang mengalami Demam/Panas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Apakah anda sedang Batuk/Pilek/Flu/Nyeri Tenggorokan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Apakah anda mengalami pusing/sakit kepala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Apakah anda mengalami mual/muntah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Apakah 1-3 hari sebelum tes Anda mengkonsumsi obat? Jika Ya, sebutkan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>