

FORM PEMERIKSAAN RADIOLOGI

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pemeriksaan Kesehatan
CAMABA : _____

Nama : _____

Program Studi* : S.KEDOKTERAN / KEPERAWATAN / ILMU GIZI /
FARMASI / KEBIDANAN / FKG / FKH

* Lingkari Pilihan Anda

PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Pemeriksaan Foto Thorax PA

Keterangan :

- ✓ Lampirkan hasil Foto Thorax PA
- ✓ Diskripsi hasil pembacaan wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintah kota/kabupaten