

7. Perut dan Alat-alat Rongga Perut a) Bagaimana keadaan dinding perut dan isi perut misalnya nyeri tekan ? b) Apakah lambung dan usus sehat ? c) Apakah hepar dan lien sehat ? Adakah nyeri tekan/lepas/pembesaran ? d) Adakah bekas-bekas operasi ? e) Adakah Hernia ?	Jelaskan sebabnya !
8. Alat-alat kelamin (Urogenitalis) a) Bagaimanakah keadaan ginjal ? Nyeri ketok Costovertebral ? Ballotement ? b) Adakah pembesaran Kelenjar-kelenjar lain ? c) Hasil pemeriksaan kemih (harus dikeluarkan pada waktu pemeriksaan)	Warna _____ Reaksi _____ Berat Jenis _____ Glukosa _____ Kristal _____ Albumin (Protein) _____
9. a) Adakah tanda-tanda proses/penyakit keganasan, tumor atau pembesaran pada organ/jaringan tubuh ? Jelaskan lokasi, sifat-sifat dan tindak lanjut yang diperlukan ! b) Adakah tanda-tanda kemungkinan menderita gangguan imunologis misalnya AIDS atau pembesaran kelenjar limfe ?	
10. Khusus Wanita ! a) Apakah calon sudah mendapat menstruasi? Bila "Ya", pada umur berapa? b) Apakah ada kelainan dalam menstruasi?	
11. Khusus untuk Bayi (s/d usia 1 tahun) a) Tinggi/Berat badan saat lahir :cm/kg b) Bagaimana cara persalinannya ? (normal, operasi caesar, vaccum, forceps) c) Adakah ditemui komplikasi pada persalinan ? (seperti perdarahan, ketuban pecah dini, persalinan lebih dari 24 jam atau lainnya) d) Apakah ditemukan tanda-tanda kelainan pada saat bayi baru lahir? (seperti bayi terlihat biru/cyanotic, gangguan pernapasan, bayi berwarna kuning, cacat bawaan) e) Bagaimana dengan jadwal imunisasinya (BCG, DPT, Polio, lainnya). Mohon penjelasan (Jenis Imunisasi dan waktu imunisasi dilakukan) f) Bagaimana perkembangan kenaikan berat dan tinggi badan (tumbuh kembang) ?	
12. Kesimpulan a) Berdasarkan pemeriksaan saudara, apakah masih ada yang memerlukan pemeriksaan spesialis ? b) Apakah menurut saudara calon dapat diterima ? c) Berikan keterangan-keterangan lain yang dirasakan perlu untuk diketahui mengenai kondisi kesehatan calon Tertanggung !	

Saya menyatakan bahwa saya benar-benar melihat dan telah memeriksa kesehatan calon tertanggung, pada jam, hari....., tanggal....., 20.....

Tanda tangan orang tua Calon Tertanggung

Pendapat Penasehat Medis

Tanda Tangan Dokter Pemeriksa

Nama Dokter :

No. Ijin Praktek :

Alamat Praktek :