



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JAMBI

Kampus Pinang Masak Jalan Raya Jambi – Ma. Bulian KM. 15, Mendalo
Indah, Kode Pos 36361 Telp. (0741) 582632, 581557, 583377

**INTERNATIONAL ADMISSION FOR UNDERGRADUATE STUDY
HEALTH EXAMINATION FORM**

1. PLEASE READ THE INSTRUCTIONS CAREFULLY BEFORE FILLING IN THE FORM.
2. PLEASE FILL IN THE FORM IN ENGLISH OR BAHASA INDONESIA
3. PLEASE WRITE IN **CAPITAL LETTERS**.
4. PLEASE FILL IN THE FORM IN CLEAR HANDWRITING (NO OVERWRITING) AND CORRECTLY.
5. PLEASE WRITE IN BLACK COLOR INK.
6. PLEASE COMPLETE THE ENTIRE TEST REQUIRED IN THIS FORM.
7. PLEASE BRING ALONG THE ALL THE LABORATORY RESULTS FOR REGISTRATION, FOR THE PURPOSE OF VERIFICATION, IF NECESSARY.
8. THE UNIVESITY ONLY ACCEPT MEDICAL EXAMINATION DONE WITHIN **90 DAYS** BEFORE ARRIVAL IN INDONESIA.
9. THE UNIVERSITY RESERVES THE RIGHT TO **REPEAT** FULL MEDICAL CHECK UP OR ANY SPECIFIC LABORATORY TESTS SHOULD THERE BE ANY DOUBT IN THE MEDICAL REPORTS SUBMITTED, ALL COSTS INVOLVED SHALL BE BORNE BY THE APPLICANTS.
10. THE UNIVERSITY RESERVES THE RIGHT TO REJECY ANY APPLICATION:
 - a. BASED ON THE RESULTS OF THE VERIFICATION AND ASESSMENT; OR
 - b. SHOULD THERE BE ANY EVIDENCE THAT THE APPLICANT HAS GIVEN FALSE INFORMATION IN THE APPLICATION FORM OR ANY SUPPORTING DOCUMENTS.

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
MAHASISWA ASING**

1. MOHON UNTUK MEMBACA PETUNJUK SECARA TELITI SEBELUM MENGISI FORMULIR.
2. FORMULIR DIISI DALAM BAHASA INGGRIS ATAU BAHASA INDONESIA.
3. MOHON DIISI DENGAN **HURUF BESAR**.
4. FORMULIR DIISI DENGAN TULIS TANGAN YANG JELAS DAN BENAR (DILARANG MENULIS ULANG).
5. DITULIS DENGAN TINTA HITAM.
6. MOHON UNTUK MELENGKAPI SELURUH DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK FORMULIR INI.
7. MOHON UNTUK MEMBAWA SEMUA HASIL LABOR/PEMERIKSAAN DISAAT PENDAFTARAN SEBAGAI BAHAN BUKTI (JIKA DEPERLUKAN).
8. UNIVERSITAS HANYA MENERIMA HASIL PEMERIKSAAN MEDIS YANG DILAKUKAN **90 HARI** SEBELUM TIBA DI INDONESIA.
9. UNIVERSITAS BERHAK UNTUK MEMINTA PEMERIKSAAN MEDIS ULANG SECARA PENUH ATAU PEMERIKSAAN LABOR TERTENTU APABILA DITEMUKAN HASIL TES YANG MERAGUKAN, DAN SEMUA BIAYA HARUS DITANGGUNG OLEH PEMOHON.
10. UNIVERSITAS BERHAK UNTUK MENOLAK LAMARAN:
 - a. BERDASARKAN DARI HASIL VERIFIKASI DAN PENILAIAN; ATAU
 - b. APABILA DITEMUKAN BUKTI BAHWA PEMOHON TELAH MENYERAHKAN DOKUMEN DAN INFORMASI PALSU DALAM FORMULIR LAMARAN ATAU DI DOKUMEN LAINNYA.

PART A: APPLICANT DETAILS/DATA PEMOHON

(This part to be completed by Applicant/Bagian ini diisi oleh calon mahasiswa)

FULL NAME/NAMA LENGKAP (AS IN PASSPORT/SESUAI PASPOR)	
DATE OF BIRTH/TANGGAL LAHIR (DD/MM/YYYY)	
PASSPORT NUMBER/NOMOR PASPOR	

PART B: HEALTH EXAMINATION REPORT/LAPORAN PEMERIKSAAN KESEHATAN

(This part to be completed by Examining Doctor/Bagian ini diisi dokter pemeriksa)

DATE OF MEDICAL SCREENING/TANGGAL PEMERIKSAAN KESEHATAN (DD/MM/YYYY)		
HEIGHT/TINGGI BADAN (CM)		
WEIGHT/BERAT BADAN (KG)		
BLOOD PRESSURE/TEKANAN DARAH		
PULSE RATE/DETAK JANTUNG		
VISIO TEST*/TES KESEHATAN MATA	NORMAL/NORMAL	DEFECTIVE/TERDAPAT KEKURANGAN
UNAIDED (LEFT)/MATA KIRI TANPA ALAT BANTU		
UNAIDED (RIGHT) MATA KANAN TANPA ALAT BANTU		
AIDED (LEFT)/ MATA KIRI DENGAN ALAT BANTU		
AIDED (RIGHT)/ MATA KANAN DENGAN ALAT BANTU		
COLOR VISION TEST*/TES BUT WARNA		
HEARING ABILITY*/KEMAMPUAN MENDENGAR	NORMAL/NORMAL	DEFECTIVE/TERDAPAT KEKURANGAN
LEFT/KIRI		
RIGHT/KANAN		

* PLEASE TICK (✓) YOUR ANSWER/CENTANG JAWABAN

URINE TEST*/TES URIN	POSITIVE/POSITIF	NEGATIVE/NEGATIF
ALBUMIN/ALBUMIN		
SUGAR/GULA DARAH		
OPIATES (INCLUDING CODEINE, MORPHINE, HEROIN)/CANDU (TERMASUK KODEIN, MORFIN, HEROIN)		
CANNABINOIDS/GANJA		
AMPHETAMINE TYPE STIMULTANT/AMFETAMIN		
BLOOD TEST*/TES DARAH	POSITIVE/POSITIF	NEGATIVE/NEGATIF
HEPATITIS Bs ANTIGEN/HEPATITIS B		
HIV/HIV		
VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY (VDRL)/PENYAKIT KELAMIN		
MALARIAL PARASITES/PENYAKIT MALARIA		
FOOD ALLERGY/ALERGI MAKANAN		
MEDICINE ALLERGY/ALERGI OBAT		
SUGAR RATE/KADA GULA DARAH		
CHOLESTEROL RATE /KADAR KOLESTEROL		
HAVE YOU EVER BEEN HOSPITALIZED? APAKAH PERNAH MENJALANI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT?		
STATE THE MEDICAL REASON FOR THE HOSPITALIZATION/TULISKAN ALASAN RAWAT INAP TERSEBUT		

*PLEASE TICK (✓) YOUR ANSWER/CENTANG JAWAABAN

PART C: DECLARATION/PERNYATAAN**(This part to be completed by Examining Doctor/Diisi oleh dokter yang melakukan pemeriksaan)****FULL NAME/NAMA LENGKAP****NAME OF HOSPITAL OR
CLINIC/NAMA RUMAH SAKIT
ATAU KLINIK****ADDRESS OF HOSPITAL OR
CLINIC/ALAMAT RUMAH
SAKIT ATAU KLINIK****I hereby certify that the applicant's health conditions are as above described.
Dengan ini Saya menyatakan bahwa kondisi kesehatan pemohon adalah seperti yang
tertulis di atas.**_____, _____
(Nama tempat)

(DD/MM/YYYY)

Dokter

Signature

(Nama Dokter)