



KLINIK UTAMA SATRIA MEDIKA SAKTI

Jl. Hayam Wuruk No. 100 R. Jakarta Barat 11160

Phone : 021 - 6288149, Fax. : 021 - 6281480

Email : satriamedica@yahoo.co.id

TYPHOID, PARATYPHOID AND SHIGELLA DIAGNOSTIC EVALUATION FORM

Name : TRI HASTUTI
 ID No : 14080725
 Passport No : AT 024901
 Company : PUTRA JABUNG PERKASA
 Date Examination : Aug 19 , 2014

Symptom Inquiry

	NO	YES
- Fever	✓	
- Abdominal pain	✓	
- Diarrhea	✓	

Stool Culture,
 (not required for medical examination done in Indonesia)

(Positive)

(Negative)

(Pending)

Blood Culture,
 (not required for medical examination done in Indonesia)

(Positive)

(Negative)

(Pending)

Date Aug 21 ,2014

Chief Physician



(Dr. Wirawan Hambali, Sp.PD)



KLINIK UTAMA SATRIA MEDIKA SAKTI

Jl. Hayam Wuruk No. 100R, Jakarta Barat 10730

Phone : 021 - 6288149, Fax. : 021 - 6281480 E-mail: satriamedica@yahoo.co.id

檢查日期

(日) (月) (年)
19 08 2014

14080725-045



基本資料 BASIC DATA

姓名 :

Name : **TRI HASTUTI**

身分證字號 (ID. No.) : **14080725**

出生年月日 (Date of Birth) : **27-May-1992**

護照號碼 (Passport No.) : **AT 024901**

性別 (Sex) : 男 (Male) 女 (Female)

年齡 (Age) : **22** Years

婚姻狀況 (Marriage) 已婚 (Married)

未婚 (Single)

(Nationality) : **INDONESIAN**



病史 MEDICAL HISTORY

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

您是否曾經感染過下列疾病

Have you ever had diseases of the following :

有 (Yes) 沒有 (No.)

A. 心臟病 (Heart diseases)

B. 高血壓 (Hypertension)

C. 肺病 (Lung disease)

D. 氣喘 (Asthma)

E. 肝病 (Liver disease)

F. 糖尿病 (Diabetes)

G. 腎臟病 (Kidney disease)

H. 癲癇 (Epilepsy)

I. 瘧疾 (Malaria)

a. 間日瘧 (P. Vivax)

b. 卵型瘧 (P. ovale)

c. 三日瘧 (P. malariae)

d. 熱帶瘧 (P. falciparum)

J. 結核病 (Tuberculosis)

K. 登革熱 (Dengue fever)

L. 異常精神狀態 (Abnormal mental conditions)

M. 其他 (Others) :

A. 身高 (Height) **154** 公分 (Cms)

B. 體重 (Weight) **51** 公斤 (Kgs)

C. 血壓 (Blood Pressure): **120/80** 毫米汞柱 (mm Hg)

D. 脈搏 (Pulse) **80** 次/分 (time/min.)

E. 視力 (Visions) : 右 Right **6/7** 左 (Left) **6/7**

正常 (Normal) 異常 (Abnormal)

F. 皮膚 (Skin)

G. 耳朵 (Ears)

H. 眼睛 (Eyes)

I. 心臟 (Heart)

J. 肺臟 (Lungs)

K. 肝臟 (Liver)

L. 脾臟 (Spleen)

M. 甲狀腺 (Thyroid gland)

N. 淋巴腺 (Lymph nodes)

O. 泌尿生殖器 (Ex. genitalia)

P. 疝氣 (Hernia)

Q. 體肢運動 (Locomotor)

R. 精神狀態 (Mental condition)

若是精神狀態異常, 病名是 (If abnormal, specify disease)

其他 (Others) :

Dr. Wirawan Hamdani, Sp.PD

1201 3174 3094



實驗室檢查

LABORATORY EXAMINATIONS



Jl. Hayam Wuruk No. 102 R. Jakarta Barat 11160
Phone : 021 - 6288149, Fax : 021 - 6281480

- A. HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV) 陽性 (Positive) 未確定 (Intermediate) 陰性 (Negative)
- a. 篩檢 (Screening Test) : EIA Serodia 其他 (Others)
- b. 確認 (Confirmatory Test) : Western Blood 其他 (Others)
- B. 梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis) : 陽性 (Positive) 陰性 (Negative)
- a. RPR b. VDRL c. TPHA d. 其他 (Others)
- C. B 型肝炎表面抗原檢查 (Hepatitis B Surface Antigen Test) : 陽性 (Positive) 陰性 (Negative)
- a. EIA b. RIA c. 其他 (Others)
- D. 瘧疾血片檢查 (Blood Smear for Malaria) : 陽性, 種名 (Positive, Species) 陰性 (Negative)
- E. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) 正常 (Normal) 異常 (Abnormal)
- F. 腸內寄生蟲 (含痢疾阿米巴等原蟲) 糞便檢查 (採用 MIF 方法檢查)
(Stools Examination for Parasites including Entamoeba histolytica etc.)
(Merthiolate-Iodine-Formaldehyde : MIF methode)
- 陽性, 種類 (Positive, Species) 陰性 (Negative)

F-1 Rubella Antibody Positive Vaccination Certificate of Rubella

陽性 (Positive)	陰性 (Negative)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- G. 妊娠檢查 (Urine Test for Pregnancy) : 陽性 陰性
- H. 嗎啡尿液檢查 (Urine Test for Morphine) : 陽性 陰性
- I. 大麻尿液檢查 (Urine Test for Marijuana) : 陽性 陰性
- J. 安非他命尿液檢查 (Urine Test for Amphetamine) : 陽性 陰性
- K. 癩病檢查 (Checkup for Leprosy) : 陽性 (多菌、少菌型) (Positive-MB, PB) 陰性 (Negative)
- 診斷依據 (兩者之一即判為陽性) (Diagnosis if either of them positive) :
- 有皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大
(Skin lesions combined with sensory loss or Enlargement of peripheral nerves.)
- 病灶抹片癩菌陽性
(Finding bacilli in affected skin smears)

結論 根據以上對 先生/女士/小姐之檢查結果 他/她 是 不是適合受僱的

CONCLUSION : Above is the medical report of ~~Mr./Mrs./Miss.~~ **TRI HASTUTI**

He/She is **FIT** for employment

本證明三的月內有效 (Valid for Three Months) (日) (月) (年)
19 11 2014

醫院負責人簽章 (Super intendent)



Dr. Wirawan Hambali, Sp.PD
1.2.01.3174.3094/33007/10.16.3

日期 (Date) 19 08 2014