

<b>ANAMNESIS ( 2 )</b>	Ruang :	Nomor :
	Nama :	Umur : Lk / Pr

  

**GENITOURINARIA**

Sakit Pyuria  
Hematuria Keluar nanah  
Dliguria Nocturia  
Inkontinensia Luka  
Lain-lain

**REPRODUKSI ( WANITA )**

Haid Riwayat obstetrik  
Siklus Abortus  
Perkawinan dg. Kontrasepsi  
suami sekarang ya / tidak  
Catatan caranya

**S Y A R A F**

Sakit kepala Kejang  
Keadaan emosi Paralysis

**PENYAKIT, OPERASI, INJURY  
YANG PERNAH/SEDANG  
DIDERITA**

Campak	Batuk rejan
Mumps	Cacar air
Cacar	Tuberkulosis
Diifteria	Typhoid
Demam rematik	Malaria
Tonsilitis	Arthritis
Operasi	Injuries
V.D	Asthma
Lain-lain	

**RIWAYAT KELUARGA**

Keadaan kesehatan, umum, dan sebab kematian  
tiap anggota keluarga/ Penyakit familial (herediter/  
kontak)

Tumor	Diabetes
Tuberkulosis	Allergi
Hemofilia	Penyakit ginjal
Lain-lain	

**RIWAYAT PERKAWINAN  
RIWAYAT GIZI  
KEADAAN SOSIAL EKONOMI**

( ..... )  
Tanda tangan & nama Dokter