RUMAH SAKIT
SUMBER WARAS
Jl. Kyai Tapa - Grogol - Jakarta 11440
Telp. 5682011 - 5605800
P.O. BOX. 2528 Fax. : 5673122

RM 02

FORMULIR REKAM MEDIS RAWAT JALAN

RINGKASAN RIWAYAT POLIKLINIK				No. Rekam Medis
Nama : (Pakailah huruf cetak)				
Alamat :				Telp. :
Tempat, Tgl. Lahir	Umur	Sex ☐ Lk ☐ Pr	Agama	Pekerjaan
Nama Ayah :		Umur :		Pekerjaan :
Nama Ibu :		Umur :		Pekerjaan :
RUJUKAN DARI :		Alamat / Telp. :		

PERUBAHAN ALAMAT

I	III
II	IV

Tanggal Kunjungan	Poli	Pemeriksaan Fisik / Laboratorium / Foto dan lain-lain	Diagnosa ICD	Terapi / Tindakan	Tanda tangan dan nama Dr.

S
O
A
P