

FORM PEMERIKSAAN PASIEN

NAMA :

TANGGAL LAHIR/ USIA :

JENIS KELAMIN :

TINGGI / BERAT BADAN :

ALAMAT :

NO	TANGGAL	PEMERIKSAAN FISIK		CATATAN
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:

		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan:
		Sebelum latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Sesudah latihan: BP : HR : RR : Sa O2 :	Time : Speed : Keluhan: