

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan)

(1) Adakah anda menghidap / pernah mengalami masalah kesihatan berikut:

Bil	Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
1.	Kecederaan serius (<i>Serious injury</i>)				
2.	Alahan (ubat / makanan / kontak) (<i>Allergic reaction to medicine/ food / contact</i>)				
3.	Lelah / Asma (<i>Asthma</i>)				
4.	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)				
5.	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)				
6.	Sakit Jantung / Dada (<i>Chest pain</i>)				
7.	Gangguan Mental / Sakit Jiwa (<i>Mental Illness</i>)				
8.	Kemurungan (<i>Depression</i>)				
9.	Sakit kepala (<i>Headache</i>)				
10.	Sawan (<i>Epilepsy</i>)				
11.	HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)				
12.	Penyakit kelamin (<i>Sexually Transmitted Infections</i>)				
13.	Sakit Kuning (<i>Hepatitis</i>)				
14.	Kanser (<i>Cancer</i>)				
15.	Gastrik (<i>Gastritis</i>)				
16.	Ketagihan Dadah (<i>Drug addiction</i>)				
17.	Ketagihan Alkohol (<i>Alcohol addiction</i>)				
18.	Merokok (<i>Smoking</i>)				
19.	Kecacatan anggota (<i>Physical handicap</i>)				

Bil	Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
20.	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)				
21.	Buah Pinggang (<i>Kidney disease</i>)				
22.	Ketulan di payudara (<i>Breast lump</i>)				
23.	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu (<i>Cough >2 weeks</i>)				
24.	Masalah Penglihatan / Pendengaran (<i>Vision / hearing problem</i>)				
25.	Histeria (<i>Hysteria</i>)				
26.	Pitam (<i>Blackout</i>)				
27.	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
28.	Kahak berdarah (<i>Blood stained sputum</i>)				
29.	Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental? (<i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i>)				
30.	Kecederaan kepala yang serius (<i>Serious head injury</i>)				
31.	Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri (<i>Attempted suicide</i>)				
32.	Sejarah Pembedahan (<i>History of operations</i>)				
33.	Lain – lain (Sila Nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)				

(2) Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

Ya Tidak Catatan :

(3) Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan?

Ya Tidak Catatan :

(4) Adakah anda sedang mengandung? (bagi pemohon perempuan)

Ya Tidak Catatan :

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN
(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Pengakuan dan Kebenaran Pemohon

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu **palsu** atau saya didapati **menyembunyikan** maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak berkuasa / jabatan yang berkenaan.

Tandatangan Pemohon :

Nama Pemohon :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh :

Pengakuan Saksi *

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi* :

Nama Saksi* :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh :

Cop Rasmi Jawatan

* Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.

(3) PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI (ORAL, THROAT AND TEETH)

(i) **Mulut** Biasa Luar Biasa
(Oral): (Normal) (Abnormal)

(ii) **Kerongkong** Biasa Luar Biasa
(Throat): (Normal) (Abnormal)

(iii) **Gigi/ Gigi palsu** Biasa Luar Biasa
(Teeth/ Denture): (Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

(4) PEMERIKSAAN RESPIRATORI (RESPIRATORY EXAMINATION)

Biasa Luar Biasa
(Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

(5) PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR EXAMINATION)

Biasa Luar Biasa
(Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

(6) PEMERIKSAAN ABDOMEN/ UROGENITAL (ABDOMEN/ URO GENITAL EXAMINATION)

Abdomen:

Biasa Luar Biasa
(Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

Uro Genital (untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu): Biasa
(Normal) Luar Biasa
(Abnormal)**Catatan:**

(Remark): _____

(7) PEMERIKSAAN NEUROLOGI (NEUROLOGICAL EXAMINATION) Biasa
(Normal) Luar Biasa
(Abnormal)**Catatan:**

(Remark): _____

(8) PEMERIKSAAN X-RAY DADA (CHEST X-RAY EXAMINATION)**Nombor X-Ray dada :**
(Chest X-Ray Number) Biasa
(Normal) Luar Biasa
(Abnormal)**Catatan:**

(Remark): _____

(9) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

- | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| (i) Penampilan diri
(General appearance): | Pemakaian
(Dressing) | <input type="checkbox"/> | Kerapian
(Tidiness) | <input type="checkbox"/> | Kesesuaian
(Appropriateness) | <input type="checkbox"/> |
| (ii) Pertuturan/ Percakapan
(Speech): | Jelas
(Coherent) | <input type="checkbox"/> | Berkaitan
(Relevant) | <input type="checkbox"/> | Waras
(Rational) | <input type="checkbox"/> |
| (iii) Keadaan Emosi
(Emotional/ Mood): | Tertekan
(Depressed) | <input type="checkbox"/> | Sungguh girang
(Elated) | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> |
| (iv) Halusinasi
(Hallucination) (e.g.
auditory hallucination) | Ada
(Present) | <input type="checkbox"/> | Tiada
(Absent) | <input type="checkbox"/> | | |
| (v) Orientasi (Orientation): | Masa
(Time) | | Tempat
(Place) | | Individu
(Person) | |

Catatan:

(Remark): _____

(10) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION)

- | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| (i) Anggota atas
(Upper limb): | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> | Luar Biasa
(Abnormal) |
| (ii) Anggota bawah
(Lower limb): | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> | Luar Biasa
(Abnormal) |
| (iii) Gaya berjalan
(Gait): | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> | Luar Biasa
(Abnormal) |

Catatan:

(Remark): _____

E. UJIAN MAKMAL (LABORATORY TEST)
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

i) UJIAN URIN (URINE TEST)

Ujian (Test)	Keputusan (Result)
Gula (Sugar)	
Albumin (Albumin)	

ii) UJIAN SARINGAN URIN - DADAH (UNRINE TEST - DRUGS)

Ujian (Test)	Keputusan (Result)
Ganja (Cannabis)	
Morfin (Morphine)	
Amphetamine	
Lain – lain (sila nyatakan)	

UJIAN – UJIAN LAIN (OTHER RELEVANT TESTS)
(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:

F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. KP:..... pada..... dan mendapati:

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.

beliau menghidap masalah kesihatan dan tidak disokong untuk dilantik.
(nama penyakit :.....)

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi :