

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>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesehatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
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>)				
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>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
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>)				
Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja					
34	Urat Kaki Bersimpul (<i>Varicose Vein</i>)				
35	Tapak Kaki Rata (<i>Flat Footed</i>)				
36	Buasir (<i>Piles</i>)				
37	Sakit Sendi (<i>Joint pain</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.

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Tinggi _____ meter Berat _____ kg Indeks Jisim _____ kg/m²
(Height): _____ (Weight): _____ Tubuh (BMI): _____

Tekanan Darah _____ mmHg Pemeriksaan Nadi _____ /minut
(Blood Pressure): Sistolik (Pulse Rate):
_____ mmHg
Diastolik

Keadaan Keseluruhan _____
(General Condition): _____

(1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)

(i) Penglihatan
(Vision):

Mata Kanan (Right Eye)		Mata Kiri (Left Eye)	
Dengan Kaca Mata (With glasses)	6/ _	Dengan Kaca Mata (With glasses)	6/ _
Tanpa Kaca Mata (Without glasses)	6/ _	Tanpa Kaca Mata (Without glasses)	6/ _

(ii) Penglihatan warna (Colour vision): Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)

(iii) Juling (Squint): Ada (Present) Tiada (Absent)

(2) PEMERIKSAAN TELINGA/ PENDENGARAN (EAR/ HEARING)

(i) Pemeriksaan fizikal (Physical examination):

Kanan (Right) Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal) Kiri (Left) Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)

(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):

Kanan (Right) Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal) Kiri (Left) Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)

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

- (i) Mulut (Oral): Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)
- (ii) Kerongkong (Throat): Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)
- (iii) Gigi/ Gigi palsu (Teeth/ Denture): Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(4) PEMERIKSAAN RESPIRATORI (RESPIRATORY EXAMINATION)

- Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(5) PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR EXAMINATION)

- Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

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

Abdomen:

- Biasa (Normal) Luar Biasa (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) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

(i) **Penampilan diri** (General appearance):
Pemakaian (Dressing) Kerapian (Tidiness) Kesesuaian (Appropriateness)

(ii) **Pertuturan/ Percakapan** (Speech):
Jelas (Coherent) Berkaitan (Relevant) Waras (Rational)

(iii) **Keadaan Emosi** (Emotional/ Mood):
Tertekan (Depressed) Sungguh girang (Elated) Biasa (Normal)

(iv) **Halusinasi** (Hallucination) (e.g. auditory hallucination)
Ada (Present) Tiada (Absent)

(v) **Orientasi (Orientation):**
Masa (Time) Tempat (Place) Individu (Person)

Catatan/
(Remark): _____

(9) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION*)

- (i) Anggota atas
(*Upper limb*): Biasa
(*Normal*) Luar Biasa
(*Abnormal*)
- (ii) Anggota bawah
(*Lower limb*): Biasa
(*Normal*) Luar Biasa
(*Abnormal*)
- (iii) Gaya berjalan
(*Gait*): Biasa
(*Normal*) Luar Biasa
(*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*):

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

UJIAN URIN (*URINE TEST*)

Ujian (<i>Test</i>)	Keputusan (<i>Result</i>)
Gula (<i>Sugar</i>)	
Albumin (<i>Albumin</i>)	

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:

