

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

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

<input type="checkbox"/>	Biasa (Normal)	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa (Abnormal)
--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------

Catatan/

(Remark): _____

(7) PEMERIKSAAN NEUROLOGI (NEUROLOGICAL EXAMINATION)

<input type="checkbox"/>	Biasa (Normal)	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa (Abnormal)
--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------

Catatan/

(Remark): _____

(8) 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): _____

(9) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION)

(i) **Anggota atas** Biasa Luar Biasa
(Upper limb): (Normal) (Abnormal)

(ii) **Anggota bawah** Biasa Luar Biasa
(Lower limb): (Normal) (Abnormal)

(iii) **Gaya berjalan** Biasa Luar Biasa
(Gait): (Normal) (Abnormal)

Catatan/
(Remark):

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

UJIAN URIN (URINE TEST)

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

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:

