

--

BAHAGIAN 2 – Sila tandakan (/) di kotak berkenaan

PART 2 – Please tick (/) the relevant box

Pengakuan mengenai penyakit yang dihadapi sendiri dan ahli keluarga terdekat (ibu, bapa, adik-beradik). Sila jelaskan dengan lanjut sekiranya anda atau ahli keluarga menghadapi penyakit-penyakit berikut:/ Declaration of self and immediate family (Father, mother, siblings) illness. Explain in full if you or your family has any of the following illnesses.

NO	MEDICAL PROBLEMS (Masalah Kesihatan)	SELF		IMMEDIATE FAMILY		If Yes, please state (Jika Ya, sila nyatakan)
		Yes	No	Yes	No	
1	Congenital or Inherited Disorder (Penyakit Sejak Lahir/Penyakit Keturunan)					
2	Allergy (Alergi)					
3	Mental Illness (Sakit Jiwa)					
4	Fits, Stroke, Other Neurological Disease (Sawan, Strok dan Lain-Lain Penyakit Saraf)					
5	Diabetes Mellitus (Kencing Manis)					
6	Hypertension (Darah Tinggi)					
7	Heart or Vascular Disease (Sakit Jantung)					
8	Asthman (Lelah)					
9	Thyroid Disease (Sakit Tiroid)					
10	Kidney Disease (Sakit Buah Pinggang)					
11	Cancer (Kanser)					
12	Tuberculosis (Batuk Kering)					
13	Drug Addiction (Penyalahgunaan Dadah)					
14	AIDS, HIV					
15	Epilepsy (Gila Babi)					
16	Deformity (Kecacatan)					
17	History of Surgery (Sejarah Pembedahan)					
18	Other Illnesses (Lain-Lain Penyakit)					

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar. / I hereby certify that the information given above is true.

.....
Tandatangan Calon / Signature of Candidate

.....
Tarikh / Date

**BAHAGIAN 3 – Untuk Diisi Oleh Doktor Yang Memeriksa
PART 3 – To Be Filled By Examining Doctor**

Tandakan yang berkaitan / Tick as relevant /

1. PEMERIKSAAN UMUM / GENERAL EXAMINATIONS

TINGGI/HEIGHT cm/sm BERAT/WEIGHT kilogram

NADI/PULSE seminit/per minute BP / mmHg

a. PALLOR b. CYNOSIS OEDEMA

d. JAUNDICE e. LYMPH NODES SKIN

2. PEMERIKSAAN MATA / EXAMINATION OF EYE	KANAN/ RIGHT	KIRI LEFT	CATATAN/ REMARKS
a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA/ UNAIDED VISION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA/ AIDED VISION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
c. FUNDOSCOPY	NORMAL <input type="text"/> ABNORMAL <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
d. PENGLIHATAN WARNA/ COLOUR VISION	NORMAL <input type="text"/> ABNORMAL <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
3. PEMERIKSAAN TELINGA/ EXAMINATION OF EAR	NORMAL <input type="text"/> ABNORMAL <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
4. RUANG MULUT/ ORAL CAVITY	NORMAL <input type="text"/> ABNORMAL <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
5. JANTUNG/ HEART	NORMAL <input type="text"/> ABNORMAL <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

--

6. a.	SISTEM RESPIRATORI / RESPIRATORY SYSTEM	NORMAL ABNORMAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 2px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table>			_____
b.	* X-RAY	NORMAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 2px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table>			_____

- LAMPIRKAN X-RAY DADA SERTA LAPORAN (filem besar)/
- PLEASE ATTACH CHEST X-RAY AND REPORT (large film)

TARIKH X-RAY DIAMBIL/
DATE OF X-RAY TAKEN

--	--	--	--	--	--

TEMPAT DIAMBIL/
PLACE TAKEN

NO. RUJUKAN X-RAY
X-RAY REF. NO.

7.	ABDOMEN & RONGGA HERNIA / ABDOMEN & HERNIA ORIFICES	NORMAL ABNORMAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 2px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table>			_____
8.	SISTEM SARAF & MENTAL / NERVOUS SYSTEM & MENTAL CONDITION	NORMAL ABNORMAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 2px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table>			_____
9.	SISTEM MUSKULOSKELETAL/ MUSCULOSKELETAL SYSTEM	NORMAL ABNORMAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 2px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table>			_____
10.	LAIN-LAIN / OTHERS	_____				

BAHAGIAN 4 / PART4

11. PEMERIKSAAN AIR KENCING / EXAMINATION OF URINE

Gula / Sugar _____ *Albumin* _____ *Microscopy* _____

BAHAGIAN 5

PART 5

PENGESAHAN DOKTOR / Certification by Doctor

Sila tandakan (/) di dalam kotak yang berkenaan / Please tick (/) in the appropriate box

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / I certify that on this day I have examined

_____ No. K/P / I/C _____

dan mendapati bahawa :-

and found that :-

Beliau tidak mengidapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat
The above named is in good health

Beliau mengidap _____
The above named has

Beliau sedang mendapat rawatan _____
The above named is undergoing treatment

Tandatangan Doktor : _____

Tarikh / Date : _____

Signature of Doctor

Nama Doktor : _____

Name of Doctor

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik :

Qualification / Official stamp of hospital / clinic

