

ALAMAT PENJAGA/ *POSTAL ADDRESS OF GUARDIAN*

NO. TELEFON RUMAH/ *HOUSE TELEPHONE NO.*

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

NO. TELEFON PEJABAT/ *OFFICE TELEPHONE NO.*

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

ALAMAT DEWAN PENGINAPAN/ *RESIDENTIAL HALL ADDRESS*

BAHAGIAN 2: SILA TANDAKAN (P) DI KOTAK YANG BERKENAAN

PART 2: PLEASE TICK (P) THE RELEVANT BOX

Adakah anda/keluarga mengalami:
Have you/family have the following:

	Tidak/ No	Ya/ Yes
1 Lelah/ <i>asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Batuk kering/ <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Darah tinggi/ <i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sakit jantung/ <i>Heart diseases</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kencing manis/ <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sakit buah pinggang/ <i>Kidney disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Gila babi/ <i>Epilepsy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sakit jiwa/ <i>Mental illness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Penyalahgunaan dadah/ <i>Drug addiction</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Kecacatan anggota/ <i>Deformity</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Kanser/ <i>Cancer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Alahan/ <i>Allergies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Pembedahan/ <i>Operations</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....
Tanda tangan/ *Signature of Applicant*

Tandakan yang berkaitan/
Tick as relevant



BAHAGIAN 3: UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA

PART 3: TO BE FILLED BY THE EXAMINING DOCTOR

1 PEMERIKSAAN UMUM/ GENERAL EXAMINATIONS

TINGGI/ HEIGHT sentimeter

BERAT/ WEIGHT kilogram

NADI/ PULSE seminit

BP mmHg

a. PALLOR Ya/ Yes
 Tidak/ No

b. CYANOSIS Ya/ Yes
 Tidak/ No

c. OEDEMA Ya/ Yes
 Tidak/ No

d. JAUNDICE Ya/ Yes
 Tidak/ No

e. LYMPHNODES Ya/ Yes
 Tidak/ No

f. SKIN Ya/ Yes
 Tidak/ No

2 PEMERIKSAAN MATA/ EXAMINATION OF EYES

		KANAN	KIRI	CATATAN DOKTOR Verification of doctor's finding
a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA/ UNAIDED VISION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA AIDED VISION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. PENGLIHATAN WARNA COLOUR VISION	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
d. FUNDOSKOPI FUNDOSCOPY	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

3	PEMERIKSAAN TELINGA <i>EXAMINATION OF EAR</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4	RUANG MULUT <i>ORAL CAVITY</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
5	JANTUNG <i>HEART</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
6	a. SISTEM REPIRATORI <i>RESPIRATORY SYSTEM</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	b. *X-RAY	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

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

TARIKH X-RAY/ <i>X-RAY DATE</i>	TEMPAT/ <i>PLACE</i>	NO. RUJUKAN X-RAY/ <i>X-RAY REF. NO.</i>																																																
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										

LMP (*Last Menstrual Period*) - Perempuan sahaja/ *Female only*

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

7	ABDOMEN & RONGGA HERNIA <i>ABDOMEN & HERNIAL ORIFICES</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
8	SISTEM SARAF & MENTAL <i>NERVOUS SYSTEM & MENTAL CONDITION</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
9	SISTEM MUSKULOSKELETAL <i>MUSCULOSKELETAL SYSTEM</i>	NORMAL ABNORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
10	LAIN-LAIN/ <i>OTHERS</i>			_____

BAHAGIAN 4

PART 4

11 PEMERIKSAAN AIR KENCING/ *EXAMINATION OF URINE*

a. GULA
SUGAR

b. ALBUMIN

c. MICROSCOPY _____

BAHAGIAN 5: PENGESAHAN DOKTOR

PART 5: DOCTOR'S VERIFICATION

Sila tandakan (✓) di dalam kotak yang berkenaan.

Please tick (✓) in the appropriate box

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

_____ No. KP/IC No. _____

dan mendapati bahawa/ *and found that:*

Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat/ *The above name is in good health*

Beliau menghadapi/ *The above named has*

Beliau sedang mendapat rawatan/ *The above named is undergoing treatment*

Tarikh/
Date: _____

Tandatangan Doktor/
Signature of Doctor _____

Nama
Doktor/
Name of Doctor _____

Kelulusan dan cop rasmi klinik/
Qualification and official stamp of clinic _____