

BAHAGIAN 2- Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan
PART 2- Please tick (/) the relevant box

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA (<i>Certification of Own and Family Illness</i>)			
Penyakit (<i>Illness</i>)	Sendiri (<i>Self</i>)	Keluarga (<i>Family</i>)	Kalau 'ada' terangkan dibawah <i>If 'yes' please state disease & treatment received</i>
Penyakit teruk (<i>Serious illness</i>)			
Pembedahan (<i>Operation</i>)			
Batuk kering (<i>Tuberculosis</i>)			
Kencing manis (<i>Diabetes</i>)			
Penyakit otak (<i>Mental illness</i>)			
Lemah jantung, Penyakit saluran darah, Darah tinggi (<i>Heart/ Arterial Disease</i>)			
Lelah atau alahan (<i>Asthma or Allergy</i>)			
Penagihan dadah (<i>Drug addiction</i>)			
HIV/ AIDS			
Kanser (<i>Cancer</i>)			
Buah pinggang (<i>Kidney disease</i>)			
Kecacatan anggota			
Lain –lain penyakit (<i>Other illness</i>)			

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar
(I hereby certify that the information given is correct)

Tandatangan
(Signature of candidates)

BAHAGIAN 3/ PART 3

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA (tandakan yang berkaitan)
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR (tick as relevant)

1. Pemeriksaan air kencing/ Examination of urine

Gula/ Sugar

Albumin

Microscopy _____

BAHAGIAN 4/ PART 4

**UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA (tandakan yang berkaitan)
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR (tick as relevant)**

1. Pemeriksaan umum/ General examinations

Tinggi/ Height cm Berat/ Weight kg

Nadi/ Pulse BP mmHg

a) PALLOR b) CYNOSIS

c) OEDEMA d) JAUNDICE

e) LYMPHNODES f) SKIN _____

2. Pemeriksaan Mata

<i>Examination of eye</i>	Kanan	Kiri	Catatan Doktor
a) Penglihatan tanpa kacamata (Unaided vision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Penglihatan dengan kacamata (Aided vision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Fundoscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) Penglihatan warna (Colour vision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**3. Pemeriksaan telinga
*Examination of ears***

NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	_____

4. Ruang Mulut (*Oral cavity*)

NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	_____

5. Jantung (*Heart*)

NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	_____

**6. a. Sistem Respiratori
*Respiratory system***

NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	_____

b. *X-Ray

NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	_____

• Lampiran X-Ray dada serta laporan (filem besar)/ *Attach chest X-Ray and report (large film)*

Tarikh X-Ray/ *Date X-Ray*

No. Rujuk X-Ray/ *X-Ray Ref. No.*

Tempat/ *Place*

- | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7. | Abdomen & Rongga Herna
<i>Abdomen & Hernial Orifices</i> | NORMAL <input type="checkbox"/>
ABNORMAL <input type="checkbox"/> |
_____ |
| 8. | Sistem saraf dan mental
<i>Nervous system & mental condition</i> | NORMAL <input type="checkbox"/>
ABNORMAL <input type="checkbox"/> |
_____ |
| 9. | Sistem Muskuloskeletal
<i>Musculoskeletal System</i> | NORMAL <input type="checkbox"/>
ABNORMAL <input type="checkbox"/> |
_____ |
| 10 | Lain-lain/ <i>Others</i> | NORMAL <input type="checkbox"/>
ABNORMAL <input type="checkbox"/> |
_____ |

BAHAGIAN 5/ PART 5

PENGESAHAN DOKTOR/ CERTIFICATION BY DOCTOR

Sila tandakan di dalam kotak berkenaan/ *Please tick in the appropriate box*

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

No. KP/ IC no. : _____ dan mendapati bahawa/ *and found that*

	Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat/ <i>The above name is in good health</i>
	Beliau menghidap/ <i>The above name has</i>
	Beliau sedang mendapat rawatan The above name is undergoing treatment

Tarikh/ *Date* : _____

Tandatangan Doktor _____
Doctor's Signature

Nama Doktor _____
Doctor's Name

Kelulusan & Cop Rasmi Klinik _____
Qualification & official stamp of clini