

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): _____ (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 Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal) **Kiri** Biasa (Normal) Luar Biasa (Abnormal)
(Right) (Left)

(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):

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

(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):

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** 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 (<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:

**F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)**

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. KP: pada..... dan mendapati:

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.

beliau menghidap masalah kesihatan tetapi boleh dipertimbangkan untuk dilantik.

(nama penyakit :.....)

tahap penyakit : ringan (*mild*)

sederhana

(*moderate*)

**Catatan/
(Remark):** _____

beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal (*severe*) dan tidak disokong untuk dilantik. (nama penyakit :.....)

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi : _____