

**BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN
BAGI PEGAWAI PERKHIDMATAN AWAM**

A. BIODATA

[Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan]

1. Nama: _____

2. No Kad Pengenalan:

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

3. Umur:

--	--

 Tahun

--	--

 Bulan (pada tarikh pemeriksaan)

4. Jantina:

--

 Lelaki

--

 Perempuan

5. Bangsa:

--

 Melayu

--

 Cina

--

 India

--

 Lain-lain (sila nyatakan): _____

6. Taraf Perkahwinan:

--

 Bujang

--

 Berkahwin

--

 Janda/Duda

7. Alamat Kediaman: _____

8. Alamat Tempat Kerja: _____

9. Sejarah Pekerjaan (3 yang terkini):

Nama Jawatan	Kementerian/ Jabatan	Tempoh
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

10. Sejarah Perubatan:

- | | |
|--|---|
| | a. Penyakit Mental (<i>Mental illness</i>) |
| | b. Lain-lain (sila nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)
_____ |

11. Sejarah Pembedahan:

Jenis Pembedahan / (<i>Type of surgery</i>)	Tahun
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____

12. Sejarah Merokok:

Tidak Merokok (*Non smokers*)

Bekas Perokok (melebihi 6 bulan) (*ex-smoker*)

Perokok (*Smoker*)

13. Sejarah Alahan (*Allergy*):

i. Ubat-ubatan: a. _____ b. _____
(*Medicine*) c. _____ d. _____

ii. Lain-lain a. _____ b. _____
(*Others*) c. _____ d. _____

14. Sejarah Keluarga:

<input type="checkbox"/>	a. Penyakit Mental (<i>Mental illness</i>)
<input type="checkbox"/>	b. Kanser (<i>Cancer</i>)
<input type="checkbox"/>	c. Kencing Manis (<i>Diabetes Mellitus</i>)
<input type="checkbox"/>	d. Darah tinggi (<i>Hypertension</i>)
<input type="checkbox"/>	e. Strok (<i>Stroke</i>)
<input type="checkbox"/>	f. Penyakit Jantung (<i>Heart disease</i>)
<input type="checkbox"/>	g. Lain-lain (sila nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL (untuk diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

1. Tinggi: cm Berat Badan: kg
(*Height*) (*Weight*)

2. Indeks Jisim Tubuh (*BMI*): kg/m² BMI <18.5 (kurang berat badan)
BMI 18.5-24.9 (normal)
BMI 25-29.9 (lebih berat badan)
BMI > 30 (kegemukan / obes)

3. Penglihatan
(*Vision*):

Mata Kanan (<i>Right Eye</i>)		Mata Kiri (<i>Left Eye</i>)	
Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/ _	Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/ _
Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/ _	Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/ _

Kadar Nadi (*Pulse rate*) : _____/min Rentak (*Rhythm*): _____

Tekanan Darah (*Blood Pressure*) : _____sistolik mm/Hg
_____diastolik mm/Hg

Pemeriksaan Klinikal Payudara: Biasa (*Normal*) / Luar Biasa (*Abnormal*) _____
(*Clinical Breast Examination*)

Pap smear: _____

C. UJIAN MAKMAL

1. Glukosa Darah:

atau; Rawak (*Random*) _____ mmol/l
Puasa (*Fasting*) _____ mmol/l

2. Serum Lipid:

Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota: Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

D. Catatan

Tandatangan
Pemeriksa : _____

Tarikh : _____

Nama : _____

Cop Rasmi:

E. PEMERIKSAAN KESIHATAN PERGIGIAN: (untuk diisi oleh Pegawai Pergigian)

Kesihatan pergigian yang baik / tidak memerlukan rawatan

Terdapat masalah pergigian:-

<input type="checkbox"/>	<i>Infeksi</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Periodontium</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Karies / Restorasi</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Lain-lain (Others)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Kehilangan Gigi (tooth loss)</i>	<input type="checkbox"/>	(sila nyatakan) _____

Tandatangan
Pemeriksa : _____
Nama : _____

Tarikh : _____
Cop Rasmi:

KEPADA PIHAK YANG BERKENAAN:

Dengan ini disahkan bahawa _____ (nama pemohon)
No. Kad Pengenalan _____ telah menjalani pemeriksaan
kesihatan pada _____ dari jam _____ hingga jam _____.

Tandatangan : _____
Nama : _____
No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____
Jawatan : _____
No. Pendaftaran MMC : _____
Tarikh : _____
Cop Rasmi : _____