



**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	<b>Kecederaan serius</b> ( <i>Serious injury</i> )				
2	<b>Alahan (ubat/ makanan/ kontak)</b> ( <i>Allergic reaction to medicine/ food / contact</i> )				
3	<b>Lelah / Asma</b> ( <i>Asthma</i> )				
4	<b>Darah Tinggi</b> ( <i>Hypertension</i> )				
5	<b>Kencing Manis</b> ( <i>Diabetes</i> )				
6	<b>Sakit Jantung/dada</b> ( <i>Chest pain</i> )				
7	<b>Gangguan Mental / Sakit Jiwa</b> ( <i>Mental Illness</i> )				
8	<b>Kemurungan</b> ( <i>Depression</i> )				
9	<b>Sakit kepala</b> ( <i>Headache</i> )				
10	<b>Sawan</b> ( <i>Epilepsy</i> )				
11	<b>HIV</b> ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )				
12	<b>Penyakit kelamin</b> ( <i>Sexually Transmitted Infections</i> )				
13	<b>Sakit Kuning</b> ( <i>Hepatitis</i> )				

<b>Bil</b>	<b>Jenis Penyakit/ Masalah Kesehatan</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Tidak Pasti</b>	<b>Catatan</b>
14	<b>Kanser</b> ( <i>Cancer</i> )				
15	<b>Gastrik</b> ( <i>Gastritis</i> )				
16	<b>Ketagihan Dadah</b> ( <i>Drug addiction</i> )				
17	<b>Ketagihan Alkohol</b> ( <i>Alcohol addiction</i> )				
18	<b>Merokok</b> ( <i>Smoking</i> )				
19	<b>Kecacatan anggota</b> ( <i>Physical handicap</i> )				
20	<b>Angin Pasang</b> ( <i>Hernia</i> )				
21	<b>Buah Pinggang</b> ( <i>Kidney disease</i> )				
22	<b>Ketulan di payudara</b> ( <i>Breast lump</i> )				
23	<b>Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu</b> ( <i>Cough &gt;2 weeks</i> )				
24	<b>Masalah Penglihatan/ Pendengaran</b> ( <i>Vision/ hearing problem</i> )				
25	<b>Histeria</b> ( <i>Hysteria</i> )				
26	<b>Pitam</b> ( <i>Blackout</i> )				
27	<b>Senggugut</b> ( <i>Dysmenorrhoea</i> )				
28	<b>Kahak berdarah</b> ( <i>Blood stained sputum</i> )				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
29	<b>Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental?</b> ( <i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i> )				
30	<b>Kecederaan kepala yang serius</b> ( <i>Serious head injury</i> )				
31	<b>Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri</b> ( <i>Attempted suicide</i> )				
32	<b>Sejarah Pembedahan</b> ( <i>History of operations</i> )				
33	<b>Lain – lain (Sila Nyatakan)</b> ( <i>Others, please specify</i> )				
<b>Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja</b>					
34	<b>Urut Kaki Bersimpul</b> ( <i>Varicose Vein</i> )				
35	<b>Tapak Kaki Rata</b> ( <i>Flat Footed</i> )				
36	<b>Buasir</b> ( <i>Piles</i> )				
37	<b>Sakit Sendi</b> ( <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/m<sup>2</sup>**  
(*Height*): \_\_\_\_\_      (*Weight*): \_\_\_\_\_      **Tubuh (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 ( <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/_

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

**(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):**

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

(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*)**

<b>Ujian (<i>Test</i>)</b>	<b>Keputusan (<i>Result</i>)</b>
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:**

