

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN



**PEMERIKSAAN KESIHATAN UNTUK MEMASUKI PERKHIDMATAN
UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA**

Pemohon hendaklah mengisi **Bahagian 'A'** di bawah ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan pada masa ia di periksa bersama-sama dengan surat tawaran .

Pemohon adalah bertanggungjawab memberikan keterangan yang betul dalam borang ini dan jika pemohon dengan sengaja memberikan keterangan palsu tawaran ini dianggap terbatal dengan sendirinya.

Untuk tujuan pemeriksaan doktor jika tuan/puan **pernah memakai cermin mata**, tuan/puan hendaklah **membawanya bersama**. Sila bawa juga Laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

NAMA PEGAWAI :		
Alamat: _____ _____ _____ _____	Tarikh Lahir: _____ Umur: _____ Tahun	Tempat Lahir Daerah: _____ Negeri: _____
No. Kad Pengenalan Lama: _____ Baru: _____	Jawatan: _____ Jabatan _____ _____ _____	Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Duda/Janda

A. PENGAKUAN PEMOHON:

- | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | Adakah tuan/puan mengidap | Ya | Tidak | Jika ya, nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut |
| a. | Kahak berdarah
(<i>Blood stained Sputum</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b. | Sakit lelah (<i>Asthma</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c. | Batuk kering/Tibi
(<i>Tuberculosis</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| d. | Lain-lain penyakit paru-paru
(<i>Other diseases of Lungs</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

e.	Sengal-sengal sendi (<i>Joint pains</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Bengkak kaki (<i>Swelling of legs</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Pening kepala (<i>Giddiness</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Burut (<i>Swelling of Scrotum</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Sawan (Fits) (<i>Other diseases of Lungs</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Kencing Manis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Darah Tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Ketagihan Dadah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat (<i>Any other disease or serious personal injury</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Keadaan panca indera	Boleh	Tidak	Jika tidak, nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
a.	Rasa (<i>Taste</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Bau (<i>Smell</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sentuhan (<i>Touch</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Penglihatan (<i>Vision</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Pendengaran (<i>Hearing</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ya	Tidak	
3.	a. Adakah pernah tuan/puan diperiksa oleh Lembaga Perubatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Sila nyatakan sama ada tuan- puan bersetuju atau tidak rekod Lembaga yang memeriksa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Adakah tuan/puan menerima pencen daripada mana- mana punca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- d. Adakah tuan/puan atau mana-mana ahli keluarga tuan/puan atau saudara mara yang dekat pernah atau sedang mengidap penyakit jiwa atau penyakit turun-temurun yang diketahui

Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan yang diberi di atas adalah benar dan lengkap

Tandatangan Pemohon: _____

Tarikh: _____

B. BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA

1. a. Nama Pegawai Perubatan yang memeriksa : _____
 b. Jawatan : _____
 c. Nombor Kad Pengenalan : _____
 d. Tarikh Pemeriksaan : _____
 e. Nama Hospital : _____

- | | Ya | Tidak | Jika ya, nyatakan butir-butir selanjutnya |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 2. a. Adakah tuan/puan mempunyai pertalian keluarga dengan pemohon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. Adakah tuan/puan pernah mengubatinya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

(Tarikh)

(Tandatangan Pegawai Perubatan)

C. BUTIRAN YANG DIPERIKSA

Pegawai-pegawai Perubatan dikehendaki memeriksa pemohon dengan teliti dan menyempurnakan kenyataan berikut dengan tepat .

1. TINGGI/BERAT Meter Kg.

2. PEMERIKSAAN MATA
- | | Kanan | Kiri | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| a. Penglihatan tanpa alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan) (<i>Unaided Vision</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. Penglihatan dengan alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan) (<i>Aided Vision</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

c. Penglihatan warna (<i>Colour Perception</i>)	Biasa	<input type="checkbox"/>	Biasa	<input type="checkbox"/>	-----
	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>	

d. Fundus	Biasa	<input type="checkbox"/>	Biasa	<input type="checkbox"/>	
	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>	

3. PEMERIKSAAN TELINGA

	Kanan		Kiri		
a. Adakah telinganya bernanah (<i>Any ear discharge</i>)	Ya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	-----
	Tidak	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	

b. Adakah terdapat timpanum berlubang (<i>Tympanic perforation</i>)	Ya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	
	Tidak	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	

c. Pendengaran (<i>Hearing</i>)	Ya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	-----
	Kurang Baik	<input type="checkbox"/>	Kurang Baik	<input type="checkbox"/>	

4. PEMERIKSAAN GIGI

	Ya		Tidak		
a. Kerosakan gigi yang teruk (<i>Advanced Dental Caries</i>)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		-----
b. Gigi palsu (<i>Dentures</i>)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		-----

5. PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG

Sama ada beliau pernah mengalami

	Ya		Tidak		
a. Pembesaran tonsil (<i>Enlarged Tonsils</i>)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		-----
b. Lelangit bercelah (<i>Cleft Palate</i>)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		-----
c. Lain-lain abnormaliti yang teruk (<i>Any other severe abnormality</i>)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		-----

6. PEMERIKSAAN NADI

- a. Kadar seminit
(Rate per minute)

Biasa	
-------	--

Tidak Biasa	
-------------	--

- b. Sifat Denyutan Nadi
(Character)

Biasa	
-------	--

Tidak Biasa	
-------------	--

7. TEKANAN DARAH

Sistolik	mmHg	Diastolik	mmHg
----------	------	-----------	------

8. PEMERIKSAAN DADA

- a. Sifatnya

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- b. Bila tarik nafas adakah penarikan nafas biasa
(Expansion of the chest)

Baik	
------	--

Kurang Baik	
-------------	--

- c. Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa penarikan nafas
(Equal on both sides on expansion)

Sama	
------	--

Tidak sama	
------------	--

- d. Bunyi perkusi
(Percussion)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- e. Auskultasi
(Auscultation)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

9. PEMERIKSAAN JANTUNG

- a. Saiz Jantung

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- b. Bunyi Jantung

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- c. Rentak
(Rhythm)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- d. Adakah terdapat smurmur atau lain-lain bunyi luar biasa

Ya	
----	--

Tidak	
-------	--

10. PEMERIKSAAN ABDOMEN

- a. Hati
(Liver)

Palpabel	
----------	--

Tidak Palpabel	
----------------	--

- b. Kura
(Spleen)

Palpabel	
----------	--

Tidak Palpabel	
----------------	--

- c. Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut?
(Any abnormal abdominal mass)

Ya	
----	--

Tidak	
-------	--

11. PEMERIKSAAN LUBANG-LUBANG HENIA

(Examination of Hernial Orifices)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

12. PEMERIKSAAN KAJISARAF DAN KEADAAN MENTAL

a. Keadaan sentak lutut
(Knee Jerk)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

b. Keadaan sentak pergelangan kaki
(Ankle Jerk)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

c. Keadaan sentak plantar
(Plantar Reflex)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

d. Keadaan anak mata
(Condition of Pupil)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

e. Refleksi anakmata terhadap cahaya
(Light Reflex)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

f. Keadaan Mental
(Mental Condition)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

g. Percakapan/pertuturan
(Speech)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

h. Keadaan anak mata
(Condition of Pupil)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

13. PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR

a. Anggota atas
(Upper Limbs)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

b. Anggota bawah
(Lower Limbs)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

c. Kolom Spina
(Spinal Column)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

d. Gaya berjalan
(Gait)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

14. PEMERIKSAAN URO JANTINA

(Untuk laki-laki sahaja dan perempuan jika perlu)

Biasa		Luar Biasa	
-------	--	------------	--

15. PEMERIKSAAN AIR KENCING

Sp.Gravity	
------------	--

Gula	
------	--

Albumin	
---------	--

Pemeriksaan Mikroskopik	
----------------------------	--

Dadah	
-------	--

16. PEMERIKSAAN X-RAY DADA

- a. Nombor X-ray : _____
- b. Tarikh X-ray : _____
- c. Tempat X-ray diambil : _____
- d. Penyata X-ray : _____

17. LAIN-LAIN PEMERIKSAAN YANG MANA DIFIKIRKAN PERLU OLEH PEGAWAI PERUBATAN

PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN

Dengan ini saya mengakui telah memeriksa _____

(Nama Pemohon)

No K.P. _____ pada _____ termasuk X-ray dan saya dapati:-

Penama **tidak menghidap apa-apa penyakit** dan disahkan sihat untuk dilantik.

Penama **tidak begitu sihat** seperti di butiran _____ **tetapi boleh dilantik** untuk berkhidmat dengan Kerajaan.

Penama **tidak sihat** dan **tidak disokong** untuk dilantik berkhidmat dengan Kerajaan kerana :-

*Sila tandakan \surd di kotak yang berkenaan.

TANDATANGAN : _____

NAMA : _____
(HURUF BESAR)

NO. KAD PENGENALAN: _____

KELAYAKAN : _____

JAWATAN : _____

COP RASMI : _____