

(Pin. 1/2013)

**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN
UNTUK PELANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini **berserta surat tawaran pelantikan** kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh : _____

Jawatan Yang Ditawarkan : _____

Alamat: _____

No. Kad Pengenalan/ Tentera/ Polis/ Pasport:

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

Umur:

--	--

 tahun

Jantina:

--

 Lelaki

--

 Perempuan Warganegara:

 Malaysia
Lain-Lain (Nyatakan) _____

Agama:

--

 Islam

--

 Buddha

--

 Hindu

--

 Kristian

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Bangsa:

--

 Melayu

--

 Cina

--

 India

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Status Perkahwinan:

--

 Bujang

--

 Berkahwin

--

 Pernah Berkahwin

Kumpulan Darah: (jika diketahui) _____ No. Telefon:

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

Maklumat waris:

Nama : _____

Hubungan: _____

Alamat : _____

No. Telefon :

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

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): _____ 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 (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**
(Right)☐Biasa
(Normal)☐Luar Biasa
(Abnormal)**Kiri**
(Left)☐Biasa
(Normal)☐Luar Biasa
(Abnormal)**(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):****Kanan**
(Right)☐Biasa
(Normal)☐Luar Biasa
(Abnormal)**Kiri**
(Left)☐Biasa
(Normal)☐Luar Biasa
(Abnormal)

(3) PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI (ORAL, THROAT AND TEETH)

- (i) **Mulut**
(Oral): ☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)
- (ii) **Kerongkong**
(Throat): ☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)
- (iii) **Gigi/ Gigi palsu**
(Teeth/ Denture): ☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(4) PEMERIKSAAN RESPIRATORI (RESPIRATORY EXAMINATION)

☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(5) PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR EXAMINATION)

☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(6) PEMERIKSAAN ABDOMEN/ UROGENITAL (ABDOMEN/ URO GENITAL EXAMINATION)

Abdomen:

☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(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**
(*Upper limb*): ☐ Biasa
(*Normal*) ☐ Luar Biasa
(*Abnormal*)

(ii) **Anggota bawah**
(*Lower limb*): ☐ Biasa
(*Normal*) ☐ Luar Biasa
(*Abnormal*)

(iii) **Gaya berjalan**
(*Gait*): ☐ Biasa
(*Normal*) ☐ Luar Biasa
(*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 : _____