

(Pin. 2/2013)

**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 (*Mental illness*)
- b. Lain-lain (sila nyatakan) (*Others, please specify*)

3. Penglihatan (<i>Vision</i>):	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:-

Infeksi

Periodontium

Karies / Restorasi

Lain-lain (*Others*)

(sila nyatakan) _____

Kehilangan Gigi (tooth loss)

Tandatangan

Pemeriksa : _____

Tarikh : _____

Nama : _____

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 : _____