

**Lampiran A**

**BORANG PERMOHONAN  
PEMERIKSAAN KESIHATAN  
(Disediakan dalam 2 salinan)**

**A. MAKLUMAT PEGAWAI**

Nama : .....

Tarikh Lahir / Umur : .....

Jawatan : .....

Jabatan : .....

Tandatangan : .....

Tarikh : .....

**B. PENGESAHAN KETUA JABATAN**

Pegawai ini disahkan layak mendapat kemudahan pemeriksaan kesihatan di bawah Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 3 Tahun 2003.

Tandatangan : .....

Nama : .....

Jawatan : .....

Tarikh : .....

Cop Jabatan : .....

(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:

<input type="checkbox"/>	a. Penyakit Mental ( <i>Mental illness</i> )
<input type="checkbox"/>	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/m<sup>2</sup> 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 (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/ _

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)*

*Kehilangan Gigi (tooth loss)*

(sila nyatakan) \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_