



--

**BAHAGIAN 2 – Sila tandakan (/) di kotak berkenaan**

*PART 2 – Please tick (/) the relevant box*

Pengakuan mengenai penyakit yang dihadapi sendiri dan ahli keluarga terdekat (ibu, bapa, adik-beradik). Sila jelaskan dengan lanjut sekiranya anda atau ahli keluarga menghadapi penyakit-penyakit berikut:/ Declaration of self and immediate family (Father, mother, siblings) illness. Explain in full if you or your family has any of the following illnesses.

NO	MEDICAL PROBLEMS (Masalah Kesihatan)	SELF		IMMEDIATE FAMILY		If Yes, please state (Jika Ya, sila nyatakan)
		Yes	No	Yes	No	
1	Congenital or Inherited Disorder (Penyakit Sejak Lahir/Penyakit Keturunan)					
2	Allergy (Alergi)					
3	Mental Illness (Sakit Jiwa)					
4	Fits, Stroke, Other Neurological Disease (Sawan, Strok dan Lain-Lain Penyakit Saraf)					
5	Diabetes Mellitus (Kencing Manis)					
6	Hypertension (Darah Tinggi)					
7	Heart or Vascular Disease (Sakit Jantung)					
8	Asthman (Lelah)					
9	Thyroid Disease (Sakit Tiroid)					
10	Kidney Disease (Sakit Buah Pinggang)					
11	Cancer (Kanser)					
12	Tuberculosis (Batuk Kering)					
13	Drug Addiction (Penyalahgunaan Dadah)					
14	AIDS, HIV					
15	Epilepsy (Gila Babi)					
16	Deformity (Kecacatan)					
17	History of Surgery (Sejarah Pembedahan)					
18	Other Illnesses (Lain-Lain Penyakit)					

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar. / I hereby certify that the information given above is true.

.....  
Tandatangan Calon / Signature of Candidate

.....  
Tarikh / Date

**BAHAGIAN 3 – Untuk Diisi Oleh Doktor Yang Memeriksa  
PART 3 – To Be Filled By Examining Doctor**

Tandakan yang berkaitan / Tick as relevant  /

1. PEMERIKSAAN UMUM / GENERAL EXAMINATIONS

TINGGI/HEIGHT  cm/sm      BERAT/WEIGHT  kilogram

NADI/PULSE  seminit/per minute      BP  /  mmHg

a. PALLOR       b. CYNOSIS       OEDEMA

d. JAUNDICE       e. LYMPH NODES       SKIN

2. PEMERIKSAAN MATA /  
EXAMINATION OF EYE

KANAN/  
RIGHT

KIRI  
LEFT

CATATAN/  
REMARKS

a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA/  
UNAIDED VISION                  \_\_\_\_\_

b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA/  
AIDED VISION                  \_\_\_\_\_

c. FUNDOSCOPY      NORMAL   
ABNORMAL       \_\_\_\_\_

d. PENGLIHATAN WARNA/  
COLOUR VISION      NORMAL   
ABNORMAL       \_\_\_\_\_

3. PEMERIKSAAN TELINGA/  
EXAMINATION OF EAR

NORMAL   
ABNORMAL

\_\_\_\_\_

4. RUANG MULUT/  
ORAL CAVITY

NORMAL   
ABNORMAL

\_\_\_\_\_

5. JANTUNG/  
HEART

NORMAL   
ABNORMAL

\_\_\_\_\_



**BAHAGIAN 5**

**PART 5**

**PENGESAHAN DOKTOR / Certification by Doctor**

Sila tandakan (/) di dalam kotak yang berkenaan / Please tick (/) in the appropriate box

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / I certify that on this day I have examined

\_\_\_\_\_ No. K/P / I/C \_\_\_\_\_

dan mendapati bahawa :-

and found that :-

Beliau tidak mengidapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat  
*The above named is in good health*

Beliau mengidap \_\_\_\_\_  
*The above named has*

Beliau sedang mendapat rawatan \_\_\_\_\_  
*The above named is undergoing treatment*

Tandatangan Doktor : \_\_\_\_\_

Tarikh / Date : \_\_\_\_\_

*Signature of Doctor*

Nama Doktor : \_\_\_\_\_

*Name of Doctor*

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik :

\_\_\_\_\_

*Qualification / Official stamp of hospital / clinic*

