



Gambar

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

REPORT OF HEALTH EXAMINATION

Untuk diisi oleh pemohon dan diserahkan kepada pihak kolej universiti.
To be complete by candidate and submit to university college.

BAHAGIAN 1 / PART 1

Sesi Kemasukan Intake	<input type="text"/>	Kod Program Course Code	<input type="text"/>	Kampus Campus	<input type="text"/>	Nombor Kad Matrik Matric Card Number	<input type="text"/>
Nama Penuh Full Name	<input type="text"/>					NRIC No. No. Kad Pengenalan	<input type="text"/>
Warganegara Nationality	<input type="text"/>	Tarikh Lahir Date of Birth	<input type="text"/>	Taraf Perkahwinan Marital Status	<input type="text"/>	Jantina Gender	<input type="text"/>
Nama Ibu/Bapa/Penjaga Name of Guardian	<input type="text"/>						
Alamat Address	<input type="text"/>						
No. Telefon Bimbit Mobile Phone Number	<input type="text"/>						

BAHAGIAN 2 / PART 2

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

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA CERTIFICATION OF OWN AND FAMILY ILLNESS

BIL. NO.	PENYAKIT ILLNESS	SENDIRI SELF	KELUARGA FAMILY	JIKA ADA, SILA TERANGKAN DI BAWAH IF "YES" PLEASE EXPLAIN BELOW
1	Penyakit Teruk / Serious Illness			
2	Pembedahan / Operation			
3	Batuk Kering / Tuberculosis			
4	Kencing Manis / Diabetes Mellitus			
5	Penyakit Otak / Mental Illness			
6	Lemah Jantung / Penyakit Saluran Darah Heart Disease / Arterial Disease			
7	Darah Tinggi / Hypertension			
8	Lelah atau Alahan / Asthma or Alergy			
9	Penagihan Dadah / Drug Addiction			
10	HIV / AIDS			
11	Kanser / Cancer			
12	Buah Pinggang / Kidney Disease			
13	Kecacatan Anggota / Deformity of Body			
14	Lain-lain Penyakit / Other Illness			

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar.
I hereby certify that the information give aboves is correct.

.....
Tandatangan Calon
Signature of Candidate

BAHAGIAN 3 / PART 3

Pemeriksaan Air Kencing
Examination of Urine

Urine FEME

Urine
Morphine

Sila lampirkan keputusan di sini.
Please attach the result here.

BAHAGIAN 4 / PART 4

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
TO BE FILLED BY THE EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan
Tick as relevant

1. Pemeriksaan Umum / General Examination

Tinggi / Height cm

Berat / Weight kg

Nadi / Pulse seminit / per minute

Tekanan Darah / Blood Pressure mmHg

	Ya/Yes	Tidak/No	Catatan/Remarks
Pallor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cynosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oedema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lymphnodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. Pemeriksaan Mata / Examination of Eye

	Kanan/Right	Kiri/Left	Catatan/Remarks
Penglihatan tanpa kacamata Unaided Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Penglihatan dengan kacamata Aided Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fundoscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Penglihatan Warna Color Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Normal	Abnormal	Catatan/Remarks
Pemeriksaan Telinga Examination of Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ruang Mulut Oral Cavity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jantung Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistem Respiratori Respiratory System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
X-ray Dada Chest X-ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Lampirkan X-ray dada serta laporan (filem besar)
Attach chest x-ray and report (large film)

Tarikh X-ray
Date X-ray

No. Rujukan X-ray
X-ray Ref. No

Tempat
Place

	Normal	Abnormal	Catatan/Remarks
Abdomen & Rongga Hernia Abdomen & Hernial Orrifice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistem Saraf & Mental Nervous System & Mental Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistem Muskuloskeletal Musculoskeletal System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lain-lain Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

PENGESAHAN DOKTOR / CERTIFICATION BY DOCTOR

Sila tandakan di dalam kotak berkenaan
Please tick in the appropriate box.

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

.....
No KP / IC No : dan mendapati bahawa / and found ;

Beliau tidak menghidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat.
The above name is in good health.

Beliau menghidap
The above name has

Beliau sedang mendapatkan rawatan
The above name is undergoing treatment of

Tarikh / Date

Tandatangan Doktor
Signature of Doctor

Nama Doktor
Name of Doctor

Kelulusan & Cop Rasmi Hospital / Klinik
Qualification & Official Stamps of Hospital / Clinic