

BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN

Pemeriksaan kesihatan hendaklah dilakukan oleh Pegawai Perubatan yang berdaftar dengan Kementerian Kesihatan atau Pegawai Perubatan di Hospital atau Klinik Kerajaan. Pelajar **dimastikan** menjalani pemeriksaan doktor sebelum melapor diri.

BAHAGIAN A : UNTUK DIISI OLEH PELAJAR

Nama Pelajar	
No. Kad Pengenalan	

Tandakan atau nyatakan jika anda pernah mengidap salah satu daripada penyakit berikut atau menjalani rawatan berikut :

Lelah	<input type="checkbox"/>	Batuk kering	<input type="checkbox"/>	Darah tinggi	<input type="checkbox"/>	Sakit jantung	<input type="checkbox"/>	Kencing manis	<input type="checkbox"/>
Sakit buah pinggang	<input type="checkbox"/>	Gila babi	<input type="checkbox"/>	Sawan	<input type="checkbox"/>	Sakit jiwa	<input type="checkbox"/>	Salah guna dadah	<input type="checkbox"/>
Alahan	<input type="checkbox"/>	Pembedahan (nyatakan)	<input type="checkbox"/>	Kanser (nyatakan)	<input type="checkbox"/>	Lain-lain (nyatakan)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Saya dengan ini mengaku segala maklumat yang diberikan di atas adalah benar.

Tandatangan pelajar : _____

Tarikh : _____

BAHAGIAN B : UNTUK DIISI DAN DILENGKAPKAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN. TANDAKAN (v) PADA KOTAK YANG BERKENAAN.

1. PEMERIKSAAN UMUM

Tinggi (cm)	<input type="checkbox"/>	Berat (kg)	<input type="checkbox"/>	Nadi (semunit)	<input type="checkbox"/>	BP (mmHG)	<input type="checkbox"/>
PALLOR	<input type="checkbox"/>	CYNOSIS	<input type="checkbox"/>	OEDEMA	<input type="checkbox"/>	JAUNDICE	<input type="checkbox"/>
LYMPHNODES	<input type="checkbox"/>	SKIN	<input type="checkbox"/>				

2. PEMERIKSAAN KHUSUS

PEMERIKSAAN MATA

- Penglihatan tanpa kaca mata
- Penglihatan dengan kaca mata
- Fundoscopy
- Penglihatan warna

	Kanan	Kiri
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catatan Pegawai Perubatan

PEMERIKSAAN TELINGA	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____
PEMERIKSAAN RUANG MULUT	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____
PEMERIKSAAN JANTUNG	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____
SISTEM RESPIRATORI	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____

3. PEMERIKSAAN X-RAY

(X-Ray perlu dibuat tetapi filem x-ray tidak perlu diserahkan kepada pihak kolej)

X – RAY NORMAL ABNORMAL

➤ Tarikh X-Ray diambil	
➤ No Rujukan X-ray	
➤ Tempat X-ray diambil	

1. ABDOMEN & RONGGA HERNIA	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____
2. SISTEM SARAF & MENTAL	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____
3. SISTEM MUSKULOSKELETAL	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ABNORMA L	<input type="checkbox"/>	_____

4. PEMERIKSAAN AIR KENCING

Gula Albumin Pregnancy Microscopy

Lain-lain pemeriksaan yang mana difikirkan perlu oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa :

PENGESAHAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa

No. Kad Pengenalan : _____ pada _____ dan mendapati bahawa :

Sila tandakan (v) dalam kotak berkenaan :

- Beliau tidak menghidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat untuk meneruskan pengajian.
- Beliau menghidap _____
- Beliau sedang mendapat rawatan _____



Beliau tidak sihat dan tidak disokong untuk meneruskan pengajian.

Tandatangan : _____ Tarikh :

No Kad Pengenalan : _____

Nama :

Jawatan :

Cop rasmi Hospital /

Pusat Rawatan :