

BAHAGIAN B: (Sila tandakan \checkmark dalam kotak berkenaan / Please tick \checkmark the relevant box)

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA (Certification of Own And Family Illness)			
Jenis Penyakit/ <i>Ailments or illness</i>	Sendiri (<i>Self</i>)	Keluarga (<i>Family</i>)	Kalau "ada" nyatakan rawatan yang diterima <i>If "yes" please state treatment received</i>
Penyakit Teruk (<i>Serious Illness</i>)			
Pembedahan (<i>Surgery</i>)			
Batuk Kering (<i>Tuberculosis</i>)			
Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)			
Penyakit Otak (<i>Mental Illness</i>)			
Penyakit Jantung(<i>Heart Disease</i>)			
Lelah(<i>Athma</i>)			
Alahan/ <i>Allergy</i>			
Penagihan Dadah(<i>Drug Addiction</i>)			
HIV(<i>AIDS</i>)			
Kanser(<i>Cancer</i>)			
Buah Pinggang(<i>Kidney Disease</i>)			
Kecacatan Anggota(<i>Deformities</i>)			
Lain-lain Penyakit(<i>Others</i>)			

Saya dengan ini mengaku segala maklumat yang dilengkapkan di Bahagian A dan B adalah benar.
(*I hereby certify that the above information that have given in part A and B is correct*)

Tarikh (*Date*) : - -

.....
Tandatangan Pemohon
(*Signature of Candidate*)

BAHAGIAN C : (Untuk dilengkapkan oleh doktor yang memeriksa/ *To be completed by examining doctor*)

1. Pemeriksaan Umum/ *General Examinations*

Tinggi/ *Height* (cm) : Berat/ *Weight* (kg) : Nadi/ *Pulse* (seminit) :

Tekanan Darah/ *Blood Pressure* (mmHg) : / Jenis Darah/ *Blood Type* :

2. Pemeriksaan Anggota Tubuh (Sila tandakan \checkmark dalam kotak berkenaan / Please tick \checkmark the relevant box) :

Jenis Pemeriksaan/ Types of Examining	NORMAL	ABNORMAL	Catatan/ Statement
Penglihatan mata tanpa kacamata (Kanan) <i>Unaided vision (Right)</i>			
Penglihatan mata tanpa kacamata (Kiri) <i>Unaided vision (Left)</i>			
Penglihatan mata dengan kacamata (Kanan) <i>Aided vision (Right)</i>			
Penglihatan mata dengan kacamata (Kiri) <i>Aided vision (Left)</i>			
Fundoscopy (Kanan/ <i>Right</i>)			
Fundoscopy (Kiri/ <i>Left</i>)			
Penglihatan warna/ <i>Colour vision (Kanan/Right)</i>			
Penglihatan warna/ <i>Colour vision (Kiri/Left)</i>			
Pemeriksaan telinga/ <i>Examination of ears</i>			
Ruang mulut/ <i>Oral Cavity</i>			
Jantung/ <i>Heart</i>			
Sistem respiratori/ <i>Respiratory system</i>			

Tarikh/Date :

NO. PENDAFTARAN

1

6

1

9

F

2

HEP 5 (iv)

LAPORAN X-RAY / X-RAY REPORT

ARAHAN:

**SILA LEKATKAN
LAPORAN TAMBAHAN
X-RAY
JIKA ADA**