



BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN UNTUK PELANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN LEMBAGA HASIL DALAM NEGERI MALAYSIA (LHDNM)

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini **berserta surat tawaran pelantikan** kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh :

Jawatan Yang Ditawarkan :

Alamat :

.....

No. Kad Pengenalan / Tentera / Polis / Pasport:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Umur :

--	--

 Tahun

Warganegara :

 Malaysia
Lain-Lain (nyatakan)

Jantina :

 Lelaki
Perempuan

Agama :

--

 Islam

--

 Buddha

--

 Hindu

--

 Kristian

--

 Lain-Lain (nyatakan)

Bangsa :

--

 Melayu

--

 Cina

--

 India

--

 Lain-Lain (nyatakan)

Status Perkahwinan :

--

 Bujang

--

 Berkahwin

--

 Pernah Berkahwin

Kumpulan Darah (jika diketahui) :

--

Maklumat Waris : Nama :

Hubungan :

Alamat :

No. Telefon :

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan)

(1) Adakah anda menghidap / pernah mengalami masalah kesihatan berikut:

Bil	Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
1.	Kecederaan serius (<i>Serious injury</i>)				
2.	Alahan (ubat / makanan / kontak) (<i>Allergic reaction to medicine/ food / contact</i>)				
3.	Lelah / Asma (<i>Asthma</i>)				
4.	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)				
5.	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)				
6.	Sakit Jantung / Dada (<i>Chest pain</i>)				
7.	Gangguan Mental / Sakit Jiwa (<i>Mental Illness</i>)				
8.	Kemurungan (<i>Depression</i>)				
9.	Sakit kepala (<i>Headache</i>)				
10.	Sawan (<i>Epilepsy</i>)				
11.	HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)				
12.	Penyakit kelamin (<i>Sexually Transmitted Infections</i>)				
13.	Sakit Kuning (<i>Hepatitis</i>)				
14.	Kanser (<i>Cancer</i>)				
15.	Gastrik (<i>Gastritis</i>)				
16.	Ketagihan Dadah (<i>Drug addiction</i>)				
17.	Ketagihan Alkohol (<i>Alcohol addiction</i>)				
18.	Merokok (<i>Smoking</i>)				
19.	Kecacatan anggota (<i>Physical handicap</i>)				

Bil	Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
20.	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)				
21.	Buah Pinggang (<i>Kidney disease</i>)				
22.	Ketulan di payudara (<i>Breast lump</i>)				
23.	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu (<i>Cough >2 weeks</i>)				
24.	Masalah Penglihatan / Pendengaran (<i>Vision / hearing problem</i>)				
25.	Histeria (<i>Hysteria</i>)				
26.	Pitam (<i>Blackout</i>)				
27.	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
28.	Kahak berdarah (<i>Blood stained sputum</i>)				
29.	Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental? (<i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i>)				
30.	Kecederaan kepala yang serius (<i>Serious head injury</i>)				
31.	Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri (<i>Attempted suicide</i>)				
32.	Sejarah Pembedahan (<i>History of operations</i>)				
33.	Lain – lain (Sila Nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)				

(2) Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

Ya Tidak Catatan :

(3) Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan?

Ya Tidak Catatan :

(4) Adakah anda sedang mengandung? (bagi pemohon perempuan)

Ya Tidak Catatan :

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN
(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Pengakuan dan Kebenaran Pemohon

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu **palsu** atau saya didapati **menyembunyikan** maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak berkuasa / jabatan yang berkenaan.

Tandatangan Pemohon :

Nama Pemohon :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh :

Pengakuan Saksi *

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi* :

Nama Saksi* :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh :

Cop Rasmi Jawatan

* Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Tinggi: _____ meter Berat: _____ kg Indeks Jisim: _____ kg/m²
(Height): (Weight): Tubuh (BM):

Tekanan Darah: _____ mmHg Pemeriksaan Nadi: _____ /minut
(Blood Pressure): Sistolik (Pulse Rate):

_____ mmHg
Diastolik

Keadaan Keseluruhan:
(General Condition): _____

(1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)

(i) 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/____

(ii) Penglihatan warna Biasa Luar Biasa
(Colour vision): (Normal) (Abnormal)

(iii) Juling (Squint): Ada Tiada
(Present) (Absent)

(2) PEMERIKSAAN TELINGA / PENDENGARAN (EAR/ HEARING)

(i) Pemeriksaan fizikal (Physical examination):

Kanan Biasa Luar Biasa **Kiri** Biasa Luar Biasa
(Right) (Normal) (Abnormal) (Left) (Normal) (Abnormal)

(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):

Kanan Biasa Luar Biasa **Kiri** Biasa Luar Biasa
(Right) (Normal) (Abnormal) (Left) (Normal) (Abnormal)

(3) PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI (ORAL, THROAT AND TEETH)

(i) **Mulut** Biasa Luar Biasa
(Oral): (Normal) (Abnormal)

(ii) **Kerongkong** Biasa Luar Biasa
(Throat): (Normal) (Abnormal)

(iii) **Gigi/ Gigi palsu** Biasa Luar Biasa
(Teeth/ Denture): (Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

(4) PEMERIKSAAN RESPIRATORI (RESPIRATORY EXAMINATION)

Biasa Luar Biasa
(Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

(5) PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR EXAMINATION)

Biasa Luar Biasa
(Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

(6) PEMERIKSAAN ABDOMEN/ UROGENITAL (ABDOMEN/ URO GENITAL EXAMINATION)

Abdomen:

Biasa Luar Biasa
(Normal) (Abnormal)

Catatan:

(Remark): _____

Uro Genital (untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu):
 Biasa
(Normal)

 Luar Biasa
(Abnormal)
Catatan:

(Remark): _____

(7) PEMERIKSAAN NEUROLOGI (NEUROLOGICAL EXAMINATION)
 Biasa
(Normal)

 Luar Biasa
(Abnormal)
Catatan:

(Remark): _____

(8) PEMERIKSAAN X-RAY DADA (CHEST X-RAY EXAMINATION)
Nombor X-Ray dada :
(Chest X-Ray Number)

 Biasa
(Normal)

 Luar Biasa
(Abnormal)
Catatan:

(Remark): _____

(9) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| (i) Penampilan diri
(General appearance): | Pemakaian
(Dressing) <input type="checkbox"/> | Kerapian
(Tidiness) <input type="checkbox"/> | Kesesuaian
(Appropriateness) <input type="checkbox"/> |
| (ii) Pertuturan/ Percakapan
(Speech): | Jelas
(Coherent) <input type="checkbox"/> | Berkaitan
(Relevant) <input type="checkbox"/> | Waras
(Rational) <input type="checkbox"/> |
| (iii) Keadaan Emosi
(Emotional/ Mood): | Tertekan
(Depressed) <input type="checkbox"/> | Sungguh girang
(Elated) <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) <input type="checkbox"/> |
| (iv) Halusinasi
(Hallucination) (e.g.
auditory hallucination) | Ada
(Present) <input type="checkbox"/> | Tiada
(Absent) <input type="checkbox"/> | |
| (v) Orientasi (Orientation): | Masa
(Time) | Tempat
(Place) | Individu
(Person) |

Catatan:

(Remark): _____

(10) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION)

- | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| (i) Anggota atas
(Upper limb): | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> | Luar Biasa
(Abnormal) |
| (ii) Anggota bawah
(Lower limb): | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> | Luar Biasa
(Abnormal) |
| (iii) Gaya berjalan
(Gait): | <input type="checkbox"/> | Biasa
(Normal) | <input type="checkbox"/> | Luar Biasa
(Abnormal) |

Catatan:

(Remark): _____

E. UJIAN MAKMAL (LABORATORY TEST)
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

UJIAN URIN (URINE TEST)

Ujian (Test)	Keputusan (Result)
Gula (Sugar)	
Albumin (Albumin)	

UJIAN – UJIAN LAIN (OTHER RELEVANT TESTS)
 (sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:

F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. KP:..... pada..... dan mendapati:

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.

beliau menghidap masalah kesihatan dan tidak disokong untuk dilantik.

(nama penyakit :.....)

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi : _____