



**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN
BAGI PEGAWAI
LEMBAGA PELABUHAN JOHOR**

Pemohon Hendaklah Mengisi Maklumat Di Dalam **Bahagian A, B Dan C** Dan Menyerahkan Borang Ini Kepada Pengamal Perubatan Berdaftar Sebelum Pemeriksaan Kesihatan Dijalankan.

A. MAKLUMAT PERIBADI

(1) NAMA PENUH :

(2) NO. KAD
PENGENALAN :

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

(3) TARIKH LAHIR :

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(4) UMUR :

		TAHUN
--	--	-------

(5) JANTINA :

	LELAKI			PEREMPUAN
--	--------	--	--	-----------

(6) BANGSA :

	MELAYU		CINA		INDIA		LAIN-LAIN
NYATAKAN							
:							

(7) TARAF
PERKAHWINAN :

	BUJANG		BERKAHWIN		JANDA / DUDA
--	--------	--	-----------	--	--------------

(8) ALAMAT
KEDIAMAN :

(9) NO TELEFON :

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

(10) MAKLUMAT WARIS :

(Nama)
(Hubungan)
(Alamat)
(No Telefon)

B. MAKLUMAT KESIHATAN
(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				
2	Alahan				
3	Lelah / Asma				
4	Darah Tinggi				
5	Kencing Manis				
6	Sakit Jantung / Sakit Dada				
7	Gangguan Mental / Sakit Jiwa				
8	Kemurungan				
9	Sakit Kepala				
10	Sawan / Angin Ahmar / Penyakit saraf yang lain				
11	Penyakit Buah Pinggang				
12	AIDS / HIV				
13	Penyakit Kelamin				
14	Sakit Kuning				
15	Kanser				
16	Gastrik				
17	Ketagihan Dadah				
18	Merokok				
19	Kecacatan Anggota				
20	Angin Pasang				
21	Ketulan di Payudara				
22	Tibi / Batuk Berpanjangan melebihi 2 minggu				
23	Masalah Penglihatan / Pendengaran				
24	Histeria				
25	Pitam				
26	Senggugut				
27	Kahak Berdarah				
28	Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental?				
29	Kecederaan Kepala Yang Serius				

30	Pernahkan anda cuba untuk membunuh diri?				
31	Sejarah Pembedahan				
32	Lain-lain (Sila Nyatakan)				

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

YA

TIDAK

CATATAN :

C. PENGAKUAN

Saya, No. Kad Pengenalan mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan 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 Lembaga Pelabuhan Johor.

Tandatangan :

Tarikh :

D. PEMERIKSAAN OLEH PENGAMAL PERUBATAN

PEMERIKSAAN FIZIKAL

TINGGI : _____ meter BERAT BADAN : _____ kg

INDEKS JISIM TUBUH (BMI) : _____ kg/m²

TEKANAN DARAH : _____ mmHg _____ mmHg
(Sistolik) (Distolik)

PEMERIKSAAN NADI : _____ / minit

KEADAAN KESELURUHAN : _____

PEMERIKSAAN MATA

(i) Penglihatan :

MATA KANAN		MATA KIRI	
DENGAN KACA MATA	6 /	DENGAN KACA MATA	6 /
TANPA KACA MATA	6 /	TANPA KACA MATA	6 /

(ii) Penglihatan Warna : BIASA LUAR BIASA

(iii) Juling : ADA TIADA

PEMERIKSAAN TELINGA / PENDENGARAN

(i) Pemeriksaan Fizikal

KANAN Biasa Luar Biasa
KIRI Biasa Luar Biasa

(i) Pemeriksaan Pendengaran

KANAN Biasa Luar Biasa
KIRI Biasa Luar Biasa

PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI

(i) Mulut Biasa Luar Biasa
(ii) Kerongkong Biasa Luar Biasa
(iii) Gigi / Gigi Palsu Biasa Luar Biasa

Catatan : _____

PEMERIKSAAN RESPIRATORI

Biasa

Luar Biasa

Catatan : _____

PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR

Biasa

Luar Biasa

Catatan : _____

PEMERIKSAAN ABDOMEN

Biasa

Luar Biasa

Catatan : _____

PEMERIKSAAN NEUROLOGI

Biasa

Luar Biasa

Catatan : _____

PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR

- (i) Anggota Atas Biasa Luar Biasa
- (ii) Anggota Bawah Biasa Luar Biasa
- (iii) Gaya Berjalan Biasa Luar Biasa

Catatan : _____

E. UJIAN MAKMAL

UJIAN URIN

UJIAN	KEPUTUSAN
GULA	
ALBUMIN	

F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR

Saya, dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. Kad Pengenalan : pada dan mendapati :

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.

beliau menghidap masalah kesihatan tetapi boleh dipertimbangkan untuk dilantik.

(Nama Penyakit : _____)

Tahap Penyakit : Ringan

Sederhana

Catatan : _____

beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal dan tidak disokong untuk dilantik.

(Nama Penyakit : _____)

Tandatangan : _____

Nama : _____

No Kad Pengenalan : _____

Jawatan : _____

Tarikh : _____

COP RASMI KLINIK
