



**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI PEGAWAI
PERKHIDMATAN AWAM
(SURAT PEKELILING PERKHIDMATAN AWAM BILANGAN 3/2003)**

A. BIODATA (Diisi oleh pemohon)

1. Nama : _____
2. No. Kad Pengenalan :
3. Umur : Tahun Bulan (pada tarikh pemeriksaan)
4. Tarikh Lahir : / /
5. Jantina : Lelaki Perempuan
6. Bangsa : Melayu Cina India Lain-lain, Nyatakan

7. Taraf Perkahwinan : Bujang Berkahwin Janda/Duda
8. Kelulusan Akademik Tertinggi : Sek. Rendah SRP SPM
 STPM Diploma Ijazah
9. Alamat Kediaman :

10. Alamat Tempat Kerja :

11. Sejarah Pekerjaan (3 yang terkini) :

Nama Jawatan	Kementerian	Tempoh
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

BAHAGIAN B - Sila tandakan (√) dalam kotak yang berkenaan

Pengisytiharan tahap kesihatan diri sendiri dan keluarga. Sila maklumkan dengan jelas jika anda atau ahli keluarga anda menghadapi penyakit-penyakit berikut. Ahli keluarga adalah ibu, bapa dan adik beradik.

Bil	Masalah Perubatan	Sendiri		Keluarga		Jika "Ya" sila nyatakan
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1.	Kecacatan kekal atau penyakit diwarisi					
2.	Alahan					
3.	Penyakit Mental					
4.	Sawan, angin ahmar, penyakit saraf yang lain					
5.	Kencing Manis					
6.	Darah Tinggi					
7.	Penyakit Jantung atau Kardiovaskular					
8.	Lelah					
9.	Penyakit Thyroid					
10.	Penyakit Buah Pinggang					
11.	Kanser					
12.	Tuberkulosis					
13.	Ketagihan Dadah					
14.	AIDS / HIV					
15.	Sejarah Pembedahan					
16.	Hepatitis B / C					
17.	Penyakit Lain					
18.	Adakah anda merokok?					
19.	Adakah anda minum minuman beralkohol?					

Perubatan semasa (jangkamas panjang)

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

BAHAGIAN C - PEMERIKSAAN FIZIKAL

1. BASIC MEASUREMENT

HEIGHT : _____ m BLOOD PRESSURE : _____ mmHg
WEIGHT : _____ kg PULSE RATE : _____ / min

BMI : _____ kg/m²

VISION TEST : Unaided : (R) _____ (L) _____ COLOUR VISION TEST :
: Aided : (R) _____ (L) _____ NORMAL / ABNORMAL

2. GENERAL EXAMINATION

ITEM	YES	NO	COMMENT
a) DEFORMITIES			
b) PALLOR			
c) CYANOSIS			
d) JAUNDICE			
e) OEDEMA			
f) SKIN DISEASE			

3. SYSTEMIC EXAMINATION

ITEM	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a) EYES			
b) EARS			
c) NOSE			
d) ORAL CAVITY / THROAT			
e) NECK			
f) HEART			
g) LUNGS			
h) BREAST EXAMINATION (IF APPLICABLE)			
i) ABDOMEN / HERNIA ORIFICES			
j) NERVOUS SYSTEM			
k) MENTAL CONDITION			
l) MUSCULOSKELETAL SYSTEM			

BAHAGIAN D - UJIAN MAKMAL

Keputusan Ujian Makmal mesitlah dikepilkan bersama

1. FULL BLOOD COUNT (FBC)

ITEM	KEPUTUSAN
a) Hb	
b) WCC	
c) Platelet Count	
d) MCH / MCV	
e) MCHC	

2. RENAL FUNCTION TEST (RFT)

ITEM	KEPUTUSAN
a) Sodium	
b) Potassium	
c) Chloride	
d) Urea	
e) Creatinine	
f) Uric Acid	

3. LIVER FUNCTION TEST (LFT)

ITEM	KEPUTUSAN
a) Total Protein	
b) Albumin	
c) Globulin	
d) Total Bilirubin	
e) ALP	
f) AST (SGOT)	
g) ALT (SGPT)	
h) GGT	

4. LIPID STUDIES (CORONARY RISK FACTOR)

ITEM	KEPUTUSAN
a) Total Cholesterol	
b) HDL Cholesterol	
c) LDL Cholesterol	
d) Triglycerides	
e) Total chol / HDL chol	

5. OTHER TESTS

ITEM	KEPUTUSAN
a) Fasting Blood Sugar	
b) Urine FEME	
a. Leukocytes	
b. Nitrite	
c. Urobilinogen	
d. Protein	
e. pH	
f. Haemoglobin	
g. Glucose	
h. Specific gravity (SG)	
i. Ketone	
j. Bilirubin	
c) PAP Smear (Optional)	

Tandatangan Pegawai Perubatan :

Nama dan Cop Rasmi :

Tarikh:

SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

Adalah disahkan bahawa pegawai seperti dibawah telah menjalankan pemeriksaan di klinik ini dan perlu / tidak perlu* mendapatkan rawatan lanjut :

NAMA :

**NO. KAD
PENGENALAN :**

UMUR :

JAWATAN :

Tarikh : _____

Masa : _____

Tandatangan Pegawai Perubatan :

Nama dan Cop Rasmi :

(potong mana yang tidak berkenaan)*

**BORANG PERMOHONAN
Pemeriksaan Kesihatan
(Disediakan dalam 2 salinan)**

A. MAKLUMAT PEGAWAI

Nama : _____
Tarikh Lahir /
Umur : _____
Jawatan : _____
Jabatan : _____

Tanda Tangan : _____
Tarikh : _____

B. PENGESAHAN KETUA JABATAN

**Pegawai ini disahkan layak mendapat kemudahan pemeriksaan Kesihatan di bawah
Pekeliling Perkhidmatan Bil : 3 Tahun 2003**

Tanda Tangan : _____
Nama : _____
Jawatan : _____
Tarikh : _____

Cop Jabatan : _____