



**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. _____ | _____ | _____ |
12. Sejarah Perubatan :
- a. Penyakit Mental
- b. Lain-lain (sila nyatakan) _____
13. Sejarah Pembedahan :
- | Diagnosis/Jenis Pembedahan | Tahun |
|----------------------------|-------|
| a. _____ | _____ |
| b. _____ | _____ |
| c. _____ | _____ |
14. Sejarah Merokok
- Tidak Merokok
- Bekas Perokok (melebihi 6 bulan)
- Perokok

15. Sejarah Alahan (alergi)

- | | | | | | |
|-----|-------------|----|-------|----|-------|
| i. | Ubat-Ubatan | a. | _____ | b. | _____ |
| | | c. | _____ | d. | _____ |
| ii. | Lain-lain | a. | _____ | b. | _____ |
| | | c. | _____ | d. | _____ |

Jelaskan

16. Sejarah Keluarga

- a. Penyakit Mental
- b. Kanser
- c. Diabetes Melitus
- d. Hipertensi (DarahTinggi)
- e. Strok (Angin Ahmar)
- f. Penyakit Jantung
- g. Lain-lain (sila nyatakan) _____

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL

- Tinggi : m Berat Badan : kg
- Indeks Jisim Tubuh (BMI) : kg/m²
 - BMI < 18 (Kurang Berat Badan)
 - BMI 18 - 23 (Normal)
 - BMI 23 - 30 (Lebih Berat Badan)
 - BMI > 30 (Kegemukan/Obes)
- Penglihatan : 6 / Kanan 6 / Kiri (Tanpa Cermin Mata)
 6 / Kanan 6 / Kiri (Dengan Cermin Mata)
- Kadar Nadi : _____ / min Rentak (Rhythm) : _____
- Tekanan Darah (BP) : _____ sistolik mm / Hg
 _____ diastolik mm/Hg
- Pemeriksaan Klinikal Payudara : Normal / Tidak Normal : _____
- Pap Smear : _____
- Lain-lain pemeriksaan yang berkaitan : _____

C. UJIAN MAKMAL

- Glukosa Darah :
 - Rawak (Random) _____ mmol/l
 - atau
 - Puasa (Fasting) _____ mmol/l
- Lipid Serum :
 - Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota : Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

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 : _____