

**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN  
UNTUK PERLANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini **berserta surat tawaran perlantikan** 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

Jantina : 



 Lelaki 



 Perempuan

Warganegara : 



 Malaysia  

 Lain-lain (Nyatakan) \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

No. Telefon :

|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|

Maklumat Waris :

Nama : \_\_\_\_\_

Hubungan : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

No. Telefon :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON**

[Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tanda ( / ) 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> )                                                      |    |       |             |         |

| Bil | Jenis Penyakit / Masalah Kesehatan                                               | Ya | Tidak | Tidak Pasti | Catatan |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------------|---------|
| 14  | <b>Kanser</b> ( <i>Cancer</i> )                                                  |    |       |             |         |
| 15  | <b>Gastrik</b> ( <i>Gastritis</i> )                                              |    |       |             |         |
| 16  | <b>Ketagihan Dadah</b> ( <i>Drug addiction</i> )                                 |    |       |             |         |
| 17  | <b>Ketagihan Alkohol</b> ( <i>Alcohol addiction</i> )                            |    |       |             |         |
| 18  | <b>Merokok</b> ( <i>Smoking</i> )                                                |    |       |             |         |
| 19  | <b>Kecacatan Anggota</b> ( <i>Physical handicap</i> )                            |    |       |             |         |
| 20  | <b>Angin Pasang</b> ( <i>Hernia</i> )                                            |    |       |             |         |
| 21  | <b>Buah Pinggang</b> ( <i>Kidney disease</i> )                                   |    |       |             |         |
| 22  | <b>Ketulan di payudara</b> ( <i>Breast lump</i> )                                |    |       |             |         |
| 23  | <b>Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu</b> ( <i>Cough &gt; 2 weeks</i> ) |    |       |             |         |
| 24  | <b>Masalah Penglihatan / Pendengaran</b> ( <i>Vision / hearing problem</i> )     |    |       |             |         |
| 25  | <b>Histeria</b> ( <i>Hysteria</i> )                                              |    |       |             |         |
| 26  | <b>Pitam</b> ( <i>Blackout</i> )                                                 |    |       |             |         |
| 27  | <b>Senggugut</b> ( <i>Dysmenorrhoea</i> )                                        |    |       |             |         |
| 28  | <b>Kahak Berdarah</b> ( <i>Blood stained sputum</i> )                            |    |       |             |         |

| Bil                                                              | Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan                                                                                                         | Ya | Tidak | Tidak Pasti | Catatan |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------------|---------|
| 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>                                                                                  |    |       |             |         |
| Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja |                                                                                                                                            |    |       |             |         |
| 34                                                               | Urat Kaki Bersimpul <i>(Varicose Vein)</i>                                                                                                 |    |       |             |         |
| 35                                                               | Tapak Kaki Rata <i>(Flat footed)</i>                                                                                                       |    |       |             |         |
| 36                                                               | Buasir <i>(Piles)</i>                                                                                                                      |    |       |             |         |
| 37                                                               | Sakit Sendi <i>(Joint pain)</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/m<sup>2</sup>  
(Height) (Weight) (BMI)

Tekanan Darah : \_\_\_\_\_ mmHg Pemeriksaan Nadi : \_\_\_\_\_ / minit  
(Blood Pressure) Sistolik (Pulse Rate)  
\_\_\_\_\_ mmHg  
Diastolik

Keadaan Keseluruhan : \_\_\_\_\_  
(General Condition)

**(1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)**

(i) Penglihatan :  
(Vision)

| Mata Kanan<br>(Right Eye)            |          | Mata Kiri<br>(Left Eye)              |          |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|
| Dengan Kaca Mata<br>(With glasses)   | 6 /<br>— | Dengan Kaca Mata<br>(With glasses)   | 6 /<br>— |
| Tanpa Kaca Mata<br>(Without glasses) | 6 /<br>— | Tanpa Kaca Mata<br>(Without glasses) | 6 /<br>— |

(ii) Penglihatan Warna :  
(Colour Vision)

☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

(iii) Juling :  
(Squint)

☐ Ada (Present) ☐ Tiada (Absent)

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

(i) Pemeriksaan fizikal (Physical examination) :

Kanan ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

Kiri ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing) :

Kanan ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

Kiri ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

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

- (i) Mulut : ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)  
(Oral)
- (ii) Kerongkong : ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)  
(Throat)
- (ii) Gigi / Gigi Palsu : ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)  
(Teeth / Denture)

Catatan :  
(Remark)

**(4) PEMERIKSAAN RESPIRATORI (RESPIRATORY EXAMINATION)**

- ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

Catatan :  
(Remark)

**(5) PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR EXAMINATION)**

- ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (Abnormal)

Catatan :  
(Remark)

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

**Abdomen**

- ☐ Biasa (Normal) ☐ Luar Biasa (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) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)**

(i) **Penampilan Diri :**  
(General Appearance)

Pemakaian  
(Dressing)

☐

Kerapian  
(Tidiness)

☐

Kesesuaian  
(Appropriateness)

☐

(ii) **Pertuturan/Percakapan :**  
(Speech)

Jelas  
(Coherent)

☐

Berkaitan  
(Relevant)

☐

Waras  
(Rational)

☐

(iii) **Keadaan Emosi :**  
(Emotional Mood)

Tertekan  
(Depressed)

☐

Sungguh girang  
(Elated)

☐

Biasa  
(Normal)

☐

(iv) **Halusinasi :**  
(Hallucination (e.g. auditory  
hallucination))

Ada  
(Present)

☐

Tiada  
(Absent)

☐

(v) **Orientasi :**  
(Orientation)

Masa  
(Time)

Tempat  
(Place)

Individu  
(Person)

**Catatan :**

(Remark)

**(9) PENILAIAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION*)**

(i) Anggota atas : ☐ Biasa (*Normal*) ☐ Luar Biasa (*Abnormal*)  
(*Upper limb*)

(ii) Anggota bawah : ☐ Biasa (*Normal*) ☐ Luar Biasa (*Abnormal*)  
(*Lower limb*)

(iii) Gaya berjalan : ☐ Biasa (*Normal*) ☐ Luar Biasa (*Abnormal*)  
(*Gait*)

Catatan : \_\_\_\_\_  
(*Remark*)

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

**UJIAN URIN (*URINE TEST*)**

| Ujian ( <i>Test</i> )         | Keputusan ( <i>Result</i> ) |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Gula<br>( <i>Sugar</i> )      |                             |
| Albumin<br>( <i>Albumin</i> ) |                             |

**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 tetapi boleh dipertimbangkan untuk dilantik.

(nama penyakit : ..... )

tahap penyakit : Ringan (*mild*)

☐

Sederhana (*moderate*)

☐

**Catatan :** .....  
(*Remark*)

☐

Beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal (*severe*) dan tidak disokong untuk dilantik. (nama penyakit : ..... )

Tandatangan : .....

Nama : .....

No. Kad Pengenalan /  
No. Pasport : .....

Jawatan : .....

No. Pendaftaran MMC : .....

Tarikh : .....

Cop Rasmi : .....