



HEALTH DECLARATION AND MEDICAL EXAMINATION
PENGISTIHARAN KESIHATAN DAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

PART 1: PERSONAL DETAILS (to be completed by student)
BAHAGIAN 1: BUTIRAN PERIBADI (untuk dipenuhi oleh pelajar)

Name (Nama):

IC No. (No. KP): Sex (Jantina): Male (Lelaki) [] Female (Perempuan) []

Date of Birth (Tarikh Lahir):..... Status (Status): Single (Bujang) [] Married(Berkahwin) []

Home Address (Alamat Rumah):.....

..... Tel. No. (No. Tel.):.....

Name of next of kin (Nama waris terdekat):

Address (Alamat).....

..... Tel. No. (No. Tel.):.....

PART 2: HEALTH DECLARATION (to be completed by student)
BAHAGIAN 2: PENGISTIHARAN KESIHATAN (untuk dipenuhi oleh pelajar)

Have you or your immediate family member (father, mother, brothers and sisters) ever suffered any of the following illnesses? (Please tick (√) the right answer)

Pernahkan anda atau ahli keluarga terdekat (bapa, ibu dan adik beradik) pernah mengalami penyakit-penyakit seperti di bawah? (Sila tandakan (√) pada jawapan yang betul)

ILLNESS PENYAKIT	SELF DIRI SENDIRI		FAMILY KELUARGA		IF "YES" PLEASE STATE JIKA "YA" SILA NYATAKAN
	YES YA	NO TIDAK	YES YA	NO TIDAK	
Psychiatric (Penyakit Mental)					
Epilepsy (Sawan)					
Migraine (Migren)					
Hysteria (Histeria)					
Allergic Rhinitis (Resdung)					
Asthma (Lelah)					
Tuberculosis (Batuk Kering)					
Hypertension (Darah Tinggi)					
Diabetes Mellitus (Kencing Manis)					
Heart (Jantung)					
Thyroid (Tairod)					
Kidney (Buah Pinggang)					
Gastric (Gestrik)					



HEALTH DECLARATION AND MEDICAL EXAMINATION
 PENGISTIHARAN KESIHATAN DAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

HIV / AIDS					
Cancer (<i>Kanser</i>)					
Venereal Diseases (<i>Penyakit Kelamin</i>)					
Leukemia (<i>Lukemia</i>)					
Hepatitis B/C (<i>Hepatitis B/C</i>)					
Allergy (<i>Alahan</i>)					
Other Illnesses (<i>Lain-lain Penyakit</i>)					
Congenital anomalies (<i>Cacat Lahir</i>)					
Disability (<i>Kurang Upaya</i>)					

LONG TERM MEDICATION (If applicable) PERUBATAN JANGKA-PANJANG (Jika berkenaan)
1.
2.

I hereby certify that the above information is true and complete, and agree that any misrepresentation or deliberate omissions of a material fact on this form may result in termination of my studentship agreement. I hereby grant University College of Technology Sarawak permission to share information contained in my Medical Examination Form when and where appropriate.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar dan lengkap, dan bersetuju bahawa apa-apa salah nyataan atau peninggalan fakta material yang disengajakan pada borang ini boleh menyebabkan penamatan perjanjian pelajar saya. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada Universiti Kolej Teknologi Sarawak untuk berkongsi maklumat yang terkandung dalam Borang Peperiksaan Perubatan saya bila dan di mana yang sesuai.

.....
 Name:

Date:

PART 3: MEDICAL EXAMINATION (to be completed by certified physician)
BAHAGIAN 3: PEMERIKSAAN PERUBATAN (untuk dipenuhi oleh doctor yang diiktiraf)

(The Physician is required to answer all questions with additional comment/s where necessary. Kindly note that the physician is responsible for the information and recommendation regarding the person's health stated in PART 3)
 (Doktor dikehendaki menjawab semua soalan dengan komen tambahan jika perlu. Sila ambil perhatian bahawa doktor bertanggungjawab atas maklumat dan cadangannya berkaitan kesihatan individu yang dinyatakan dalam BAHAGIAN 3)

PHYSICAL EXAMINATION (PEMERIKSAAN FIZIKAL)					
Height (<i>Tinggi</i>)			Blood Pressure (<i>Tekanan Darah</i>)		
Weight (<i>Berat</i>)			Pulse Rate (<i>Kadar Nadi</i>)		
BMI (<i>Index Jisim</i>)			Color Vison Test (<i>Ujian Warna</i>)	Normal/Abnormal *	
Vision Test (Unaided) <i>Ujian Tampak (Tanpa Bantuan)</i>	(R)	(L)	Vision Test (Aided) <i>Ujian Tampak (Dengan Bantuan)</i>	(R)	(L)



HEALTH DECLARATION AND MEDICAL EXAMINATION
 PENGISTIHARAN KESIHATAN DAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

SYSTEMIC EXAMINATION (PEMERIKSAAN SISTEMIK)			
ITEM	NORMAL	ABNORMAL	DESCRIPTION (DESKRIPSI)
Skin (Kulit)			
Eyes (Mata)			
Ears (Telinga)			
Nose (Hidung)			
Mouth (Mulut)			
Throat (Tekak)			
Chest (Dada)			
Lungs (Paru-paru)			
Heart Beat (Degupan Jantung)			
Abdomen (Perut)			
Mental Condition (Kesihatan Mental)			
Nervous System (Sistem Saraf)			
Musculoskeletal System (Sistem Pergerakan Anggota Badan)			

CHEST X-RAY INFORMATION (MAKLUMAT X-RAY DADA)			
X-Ray No.		Date (Tarikh)	
Results (Keputusan)			

BLOOD TEST (UJIAN DARAH)	POSITIVE	NEGATIVE	BLOOD TEST (UJIAN DARAH)	POSITIVE	NEGATIVE
HEPATITIS B			HEPATITIS C		
HIV			VDRL/TPHA		

URINE TEST UJIAN AIR KENCING	NAD	WBC	RBC	PROTEIN	GLUCOSE

CERTIFICATION (PENGESAHAN)

I hereby certify that I have examined ID No.
 Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa No. ID
 and found him/her;
 dan mendapati dia;

Medically fit Unfit Limited Capability:.....
 Sihat Tidak Sihat Keupayaan Terhad

X

.....
 Physician's Signature (Tandatangan Doktor)

Date (Tarikh):

Stamp (Cop Jawatan):