BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN (UNTUK DIISI OLEH DOKTOR KESIHATAN PEKERJAAN (OHD))

Ini adalah untuk mengesahkan bahawa penyata di bawah adalah benar. Saya memberi kebenaran kepada DKP untuk pemeriksaan perubatan dan berkomunikasi dengan pihak pengurusan mengenai keupayaan kerja saya selepas perbincangan dengan saya.

| pengurusan m | engenai keupayaan kerja saya selepas perbincangan dengan saya. |
|---------------|--|
| Tandatangan P | Pekerja : |
| A) Pekerja | |
| Nama | : |
| Alamat | : |
| Poskod | : |
| No. Telefon | : |
| Umur | : tahun Jantina : Lelaki Perempuan |
| Bangsa | : Melayu Status Perkahwinan : Bujang Kahwin |
| | Cina |
| | India |
| | Lain -lain |
| Kewarganegara | Bukan warganegara (nyatakan) : |
| | |
| B) Keluarga | terdekat untuk dihubungi dalam kes kecemasan |
| Nieros | |
| Nama | : |
| Hubungan | : |
| Alamat | : |
| | |
| No. Telefon | : |
| C) Majikan | |
| | |
| Nama | : |
| Alamat | : |
| | |
| | |
| No. Telefon | :No. Faks / E-mel : |

| 1. Jawatan : 2. Tempoh perkhidmatan : 3. Pernah terima latihan untuk kerja ini? 4. Kerja lain (selain dari kerja ini) : 5. Pernah guna PPD | D) | Sejarah Pekerjaan | | | | |
|--|------|--|---------|-----------|-------------------|---|
| 3. Pernah terima latihan untuk kerja ini? Ya Tidak 4. Kerja lain (selain dari kerja ini) : | 1. | lawatan : | | | | |
| 4. Kerja lain (selain dari kerja ini) : 5. Pernah guna PPD | 2. | Tempoh perkhidmatan : | | | | • |
| S. Pernah guna PPD | 3. I | Pernah terima latihan untuk kerja ini? | Ya | | Tidak | |
| Nyatakan : | 4. I | Kerja lain (selain dari kerja ini) : | | | | |
| Sejarah alahan atau masalah atau kegunaan PPD | 5. I | Pernah guna PPD | Ya | | Tidak | |
| Sejarah alahan atau masalah atau kegunaan PPD | ı | | | | | |
| E) Adakah anda mempunyai sebarang sejarah atau mengalami masalah-masalah berikut? 1. Merokok | 6. 5 | | | | | |
| 1. Merokok a) Merokok b) Tidak merokok c) Berhenti merokok l) Masalah Perubatan a. Masalah mata (termasuk akuiti visual atau rabun malam) b. Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit Telinga dalam, atau vertigo) c. Hidung (masalah menghidu bau) d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | ١ | Nyatakan : | | | | |
| a) Merokok b) Tidak merokok c) Berhenti merokok 1) Masalah Perubatan a. Masalah mata (termasuk akuiti visual atau rabun malam) b. Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit Telinga dalam, atau vertigo) c. Hidung (masalah menghidu bau) d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | E) | Adakah anda mempunyai sebarang sejarah atau me | engalam | i masalah | -masalah berikut? | |
| a. Masalah mata (termasuk akuiti visual atau rabun malam) b. Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit Telinga dalam, atau vertigo) c. Hidung (masalah menghidu bau) d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | 1 | a) Merokok b) Tidak merokok c) Berhenti merokok | | | | |
| b. Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit Telinga dalam, atau vertigo) c. Hidung (masalah menghidu bau) d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | | | Ya | Tidak C | Catatan | |
| Telinga dalam, atau vertigo) c. Hidung (masalah menghidu bau) d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | а. | Masalah mata (termasuk akuiti visual atau rabun malam) | | | | |
| c. Hidung (masalah menghidu bau) d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | b. | Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit | | | | |
| d. Sistem Saraf i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | | | | 1 | | |
| i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis ii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | | | | | | |
| iii) Strok dengan komplikasi iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | | | | | | |
| iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | - | | | | | |
| contohnya parkinson iv) Kecederaan kepala serius v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | 11) | Strok dengan komplikasi | | | | |
| v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | iii) | | | | | |
| e. Sistem Kardiovaskular i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | iv) | Kecederaan kepala serius | | | | |
| i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | v) | Sakit kepala teruk, pening atau migrain | | | | |
| ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | e. | Sistem Kardiovaskular | | | | |
| atau arrythmia iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | i) | Tekanan darah tinggi tidak terkawal | | | | |
| iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | ii) | Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung | | | | |
| abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi f. Sistem Pernafasan i) Asma tidak terkawal | | atau arrythmia | | | | |
| i) Asma tidak terkawal | iii) | | | | | |
| | f. | Sistem Pernafasan | | | | |
| ii) COAD | i) | Asma tidak terkawal | | | | |
| | ii) | COAD | | | | |
| iii) Jangkitan pulmonari akut (termasuk T B) | iii) | Jangkitan pulmonari akut (termasuk T B) | | | | |

| | • | | No. total |
|----------|---|---|-----------|
| g. | Sistem Gastronintestinal | | |
| i) | Penyakit ulser Peptik | | |
| h. | Sistem endokrin | | |
| i) | Kencing manis yang tidak terkawal | | |
| i. | Sistem ginjal | | |
| i) | Penyakit buah pinggang kronik contohnya nephritis | | |
| ii) | Kegagalan buah pinggang | | |
| j. | Sistem Muskuloskeletal | - | |
| i) | Kecacatan, ketidakupayaan atau amputasi anggota | | |
| ii) | Penyakit otot, tulang atau sendi (kronik atau berulang) | | |
| k. | Sistem dermatologi | | |
| i) | Keadaan kulit radang akut atau kronik | | |
| l. | Psikiatri | | |
| i) | Penyakit mental | | |
| | (termasuk depression, psychosis, mania or anxiety) | | |
| ii) I | Kebergantungan dadah dan alkohol | | |
| | (semasa atau yang lalu) | 1 | |
| iii) (| Claustrophobia | | |
| | (takut ruang tertutup) | | |
| m. .\ | Sejarah mengambil apa-apa ubat-ubatan | | |
| i) | Batuk / ubat selsema | | |
| ii) | Ubat pelali | | |
| iii) | Hipnotik | | |
| iv) | Ubat-ubatan lain (termasuk agen cytotoxic, | | |
| | anticoagulant atau immunodepressants | | |
| n. | Sebarang masalah kesihatan yang lain | | |
| | atau kecederaan | | |
| | | | |
| F) | Sejarah Keluarga | | |
| _ | | | |
| 1. | Sejarah penyakit perubatan | | |
| 2. | Sejarah alahan | | |
| 3. | Lain-lain Penyakit(nyatakan) | | |
| | | | |
| | | | |

| | G) Untuk wanita sahaja | a: | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------|-------|-----|-------------------------|-------------|------------------|-------|
| | | | | | | | | |
| Mengandung Sekarang : Ya Tidak | | | | | | | | |
| | H) Pemeriksaan Fizika | l | | | | | | |
| 1. | Anthropometri | | | | | | | |
| | a) Berat Badankg | | | | | | | |
| | b) Tinggi | | cm | | | | | |
| | c) BMI | | | | | | | |
| 2. | Tanda- Tanda Vital : | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | a) Tekanan Darah | | mmHg | | b) Nadi | | setiap | minit |
| 3. | Pemeriksaan Am : | | | | | | | |
| | | | T | ٦., | | | · | |
| a) | Mata i) Akuiti Visual | Kanan | Kiri | b) | Telinga i) Telinga L | ııar. | Kanan | Kiri |
| | ii) Visual Field | | | | | ang Telinga | | |
| | iii) Rabun Warna | | | | iii) Konduk | | | |
| | iv) Fundoskopi | | | | iv) Konduk | si Tulang | | |
| | ı | Kanan | Kiri | 7 | | | | |
| c) | Hidung | Karian | Kiii | d) | Tekak | | | |
| | - | | • | _ ` | | | | |
| e) | Kulit | | | f) | Nodus limf | a | | |
| 4. | Organ Sasaran : | | | | | | | |
| | | | Biasa | L | uarbiasa | nyatakan (| jika ada luarbia | sa) |
| a) | Sistem Saraf | | | | | | | |
| b) | Sistem Kardiovaskular | | | | | | | |
| c) | Sistem Pernafasan | | | | | | | |
| d) | Sistem Gastronintestina | ıl | | | | | | |
| e) | Sistem Endokrin | | | | | | | |
| f) | Sistem Ginjal | | | | | | | |
| g) | Sistem Muskuloskeletal | | | | | | | |
| | | | | | | - | | |

| l) Penyiasata | n | | | | |
|------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------------------|
| | Tarikh | Biasa | Luarbiasa | | Catatan |
| 1. FBC | | | | | |
| | | | | | |
| 2. UFEME | | | | | |
| | | | | | |
| 3. Spirometry | | | | 1 | |
| FVC | | | | | |
| FEV 1 FEVI | | | | | |
| 1/FVC | | | | | |
| | | | | | |
| 4. Lain (nyatakan |) | | 1 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Rerdasarkan nemo | hon "nengakuan n | erihadi nen | neriksaan klini | ikal dan ken | utusan ujian diagnostik yang |
| · · | | - | | - | n bahawa pekerja ini adalah |
| *LAYAK/TIDAK LA | YAK untuk bekerj | a sebagai ora | ng yang kom | oeten. | |
| * Potong yang tidak be | rkenaan | | | | |
| | | | No | . Daftar | |
| Tandatangan Dr | : | | | SH . Telefon | : |
| Nama DKP | : | | | | : |
| Nama Klinik | : | | Ala | mat E-mel | : |
| No. Faks | : | | | | |
| Tarikh | : | | | | |
| | | | | | |