

BAHAGIAN II
MAKLUMAT MURID DAN IBU/BAPA/PENJAGA*
(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga Murid)

1. MAKLUMAT MURID

1.1 Nama penuh murid : Muhammad Aqill bin Mohd Shukri

1.2 Tarikh lahir :

0	1
---	---

0	7
---	---

2	0	1	2
---	---	---	---

Hari Bulan Tahun

1.3 Bangsa/Keturunan : Melayu

1.4 Anak keberapa dalam keluarga : Kedua

1.5 Kumpulan darah : A ☐ B ☐ O ☐ AB ☐
Rhesus faktor : Negatif ☐

2. MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA*

2.1 Nama penuh : Mohd Shukri bin Mohd Radzi

2.2 No. Kad pengenalan : 830803-02-5977

2.3 Pekerjaan : Jurutera Perisian

2.4 Alamat rumah : 52, Jalan Bangi Avenue 1/6, Taman Bangi Avenue
43000 Kajang, Selangor.

2.5 No. Telefon : (R) 03-8928 0652 (H/P) 019-2354301

3. ALERGI (Alahan)

(Adakah anak tuan/puan mempunyai alergi (alahan) berikut :-
(Tandakan ✓ di ruangan yang berkenaan)

	Tidak	Ya	Nyatakan alergi
3.1. Ubatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Imunisasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3. Makanan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4. Lain-lain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. PENYAKIT / MASALAH KESIHATAN

(Adakah anak tuan/puan mengalami atau pernah mengalami penyakit/ masalah berikut :-

(Tandakan ✓ di ruangan yang berkenaan)

	Tidak	Ya	Rawatan yang diterima
4.1. Lelah (asthma)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2. Sawan (epilepsi)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3. Penyakit Darah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4. Penyakit Buah Pinggang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5. Penyakit Jantung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6. Kencing Manis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7. Kekurangan zat makanan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8. Masalah Penglihatan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9. Masalah Pendengaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10. Talasemia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pembawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pesakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11. Masalah Pembelajaran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sekiranya Ya, Nyatakan Jenis :			

4.12. Lain-lain (Nyatakan) :

5. REKOD IMUNISASI

A) Imunisasi semasa bayi

(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga Murid. Sila rujuk kad imunisasi anak anda)

Vaksin	Ya	Tidak	Tarikh/Tahun diberi
B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis B			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Triple Antigen (Difteria, Pertusis, Tetanus)			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos tambahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haemophilus Influenza (HIB)			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Polio			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos tambahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

B) IMUNISASI SEKOLAH

(Diisi oleh Jururawat)

Vaksin	Tarikh diberi	Tandatangan dan Cop jawatan
B.C.G (tiada parut)		
Difteria, Tetanus (tambahan)		
Polio (tambahan)		
MMR (tambahan)		
Tetanus Toxoid (tambahan)		
HPV		
DOS 1		
DOS 2		
DOS 3		
Lain-lain (Nyatakan)		

Sekolah Menengah

C. Rekod diisi oleh Jururawat/Penolong Pegawai Perubatan/
Pegawai Perubatan

No.	Tarikh Pemeriksaan	Tingkatan 1		Tingkatan 2		Tingkatan 3	
		Penemuan		Penemuan		Penemuan	
	Pemeriksaan Kesihatan	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Rabun Warna (Sekiranya tidak dilakukan pada tahun 6)						
2	Mata						
3	Pendengaran						
4	Telinga						
5	Jangkitan Kutu						
6	Kudis Buta						
7	Lain-lain Penyakit Kulit						
8	Infestasi Cacing						
9	Pucat (Anaemia)						
10	Bengkak Tiroid						
11	Penyakit Jantung						
12	Gastro - intestinal						
13	Genito - urinari						
14	Kecacatan Tulang Rangka						
15	Sistem Saraf / Epilepsi						
16	Masalah Pembelajaran						
17	Lain-lain Masalah / Morbiditi : Nyatakan						
	Nama dan Tandatangan Pemeriksa						

ULASAN PEMERIKSAAN DAN RAWATAN OLEH PEGAWAI PEMERIKSA

Tarikh : _____

Tandatangan dan Jawatan
Pegawai Pemeriksa

Tarikh : _____

Tandatangan dan Jawatan
Pegawai Pemeriksa

Tarikh : _____

Tandatangan dan Jawatan
Pegawai Pemeriksa

