

Adakah anda/keluarga anda mengalami : lelah, batuk kering, darah tinggi, sakit jantung, kencing manis, sakit buah pinggang, gila babi, sakit jiwa, penyalahgunaan dadah, kecacatan anggota, kanser, alahan, pembedahan.
Have you/your family have had the following: Asthma, tuberculosis, hypertension, heart diseases, diabetes mellitus, kidney disease, epilepsy, mental illness, drug addiction, deformity, cancer, allergies, operations.

	Tidak/No	Ya/Yes
Sendiri/Self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keluarga/Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Ya, sila nyatakan / If yes, please state

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar.
(I hereby certify that the information given above is correct)

 (Tarikh/Date)

 Tandatangan
 (Signature of Candidate)

BAHAGIAN 3
PART 3

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan
 Tick as relevant ☒

1. PEMERIKSAAN UMUM/GENERAL EXAMINATIONS

TINGGI/
 HEIGHT sentimeter/cm

BERAT/
 WEIGHT kilogram

PULSE seminit/min

BP ☒ mmHg

Tandakan +/- yang berkaitan
 Tick as +/- as relevant

a. PALLOR ☐ b. CYANOSIS ☐ c. OEDEMA ☐ d. JAUNDICE ☐
 e. ENLARGED LYMPHNODES ☐ f. CHRONIC SKIN DISEASE ☐

**2. PEMERIKSAAN MATA/
 EXAMINATION OF EYE**

**KANAN
 RIGHT**

**KIRI
 LEFT**

**Catatan Doktor/
 Verification of doctor's findings**

a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA
 UNAIDED VISION

☐
☐

b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA
 AIDED VISION

☐
☐

c. FUNDOSCOPY

NORMAL

☐

ABNORMAL

☐

d. PENGLIHATAN WARNA
 COLOUR VISION

NORMAL

☐

ABNORMAL

☐

**3. PEMERIKSAAN TELINGA
 EXAMINATION OF EAR**

NORMAL

☐

ABNORMAL

☐

**4. RUANG MULUT & GIGI
 ORAL CAVITY & TEETH**

NORMAL

☐

ABNORMAL

☐

5. JANTUNG/HEART

NORMAL

☐

ABNORMAL

☐

6. a. SISTEM RESPIRATORI/
RESPIRATORY SYSTEM NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ _____
- b. X-RAY
CHEST X-RAY NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ _____
- LAMPIRKAN X-RAY DADA SERTA LAPORAN (Filem besar)/ ATTACH CHEST X-RAY AND REPORT (large filem)

TARIKH X-RAY/X-RAY DATE

TEMPAT/PLACE

NO. RUJUK X-RAY/
X-RAY REF NO.

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

7. ABDOMEN & RONGGA HERNIA/
ABDOMEN & HERNIA ORIFICES NORMAL ☐ ABNORMAL ☐
8. SISTEM SARAF DAN MENTAL/
NERVOUS SYSTEM AND
MENTAL CONDITION NORMAL ☐ ABNORMAL ☐
9. SISTEM MUSKULOSKELETAL/
MUSCULOSKELETAL SYSTEM NORMAL ☐ ABNORMAL ☐
10. LAIN-LAIN/OTHERS _____

BAHAGIAN 4/PART 4

11. PEMERIKSAAN AIR KENCING/EXAMINATION OF URINE

GULA/SUGAR ALBUMIN MICROSCOPY

BAHAGIAN 5/PART 5

PENGESAHAN DOKTOR/CERTIFICATIONS BY DOCTOR

Sila tandakan ✓ di dalam kotak yang berkenaan. Please tick ✓ in the appropriate box.

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa/ I certify that I have this day examined

No. K/P / I/C No. _____

dan mendapati bahawa:

and found:

Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat/The above named is in good health/

Beliau menghidap/The above named has _____

Beliau sedang mendapat rawatan/The above named is undergoing treatment.

TARIKH

DATE: _____

Tandatangan Doktor _____

Signature of Doctor

Nama Doktor _____

Name of Doctor

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik _____

Qualification and official stamp of clinic

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE

Pegawai Kesihatan/Perubatan
Medical Officer/Student Health Physician
Universiti Kebangsaan Malaysia

Saya: _____ No. Kad Pengenalan/Pasport _____
I I/C/Passport No.

Bapa/Ibu/Penjaga kepada _____
Father/mother/guardian to (Nama calon/Candidate' name)

No. Kad Pengenalan /Pasport _____
I/C/Passport No.

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau/dan pembedahan segera, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Hereby authorise the medical officer to sign on my behalf as an approval to administer anaesthesia or carry out a surgical procedure on the applicant in my absence in the event of an emergency as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mengambil sebarang tindakan kepada Universiti Kebangsaan Malaysia dan membebaskan Universiti ini dari sebarang tuntutan sama ada dari pihak saya atau pihak lain jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve Universiti Kebangsaan Malaysia of any claims from myself or any other parties for any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Di hadapan/*In the presence of*
Tandatangan/*Signature*

Yang Benar,
Yours Faithfully,

(Nama Saksi/*Name of Witness*)

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga
Signature of father/mother/guardian

No. Kad Pengenalan/Pasport Saksi: _____
I/C No./Passport No. of Witness:

Tarikh: _____
Date:

Alamat Saksi: _____
Address of Witness: _____

