



UMS
UNIVERSITI MALAYSIA SABAH

**BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN BAGI TUJUAN LANTIKAN
(MEDICAL EXAMINATION FOR POST APPOINTMENT)**

GAMBAR TERKINI
UKURAN PASPORT
Passport Size
Photograph

(untuk lantikan
pertama sahaja)

(compulsory)

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini berserta **surat tawaran pelantikan** kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

*Applicants must fill in the information in **Sections A, B and C** and submit this form **together with the appointment letter** to a registered medical practitioner before the medical examination is done.*

Jika didapati keterangan anda palsu atau anda sengaja tidak memberikan keterangan, anda boleh **diberhentikan daripada terus berkhidmat di universiti ini.**

*If it is found that you have given false information or you in your own accord withheld information, **your service can be terminated.***

Pemeriksaan Kesihatan hendaklah dibuat oleh **Pengamal Perubatan Berdaftar samada pegawai perubatan kerajaan atau swasta.**
*Health Inspections must be made either by a **registered government or private medical officer.***

Kos Pemeriksaan Kesihatan adalah **ditanggung sepenuhnya oleh pemohon.**
Health Screening costs are to be borne by the applicant.

Pemohon dikehendaki untuk membuat pemeriksaan kesihatan terlebih dahulu sebelum melaporkan diri.
Applicants are required to complete the medical examination before submitting the report.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa cermin mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).
For the purpose of this examination, the applicant is required to bring his/her spectacles (if applicable) and the report of the Medical Board (if available)

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar | *To be filled before seeing a registered medical practitioner*)

Nama Penuh | *Full Name* : _____

Jawatan dan Gred | *Position and Grade Offered* : _____

Alamat | *Address* : _____

No. Kad Pengenalan/Tentera/Polis/Pasport | *Identity Card/Military/Police/Passport No.* : _____

Tarikh Lahir | *Date of birth* : _____ Umur | *Age* : _____

Jantina | *Gender* : _____ Warganegara | *Nationality* : _____

Agama | *Religion* : _____ Bangsa | *Race* : _____

Status Perkhawinan | *Marital Status* : _____

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON (APPLICANT'S HEALTH INFORMATION)

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar | *To be filled before seeing a registered medical practitioner*)

	Ya Yes	Tidak No	Catatan Remarks
1. Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan? <i>Are you currently being treated by registered medical practitioner for any type of illness or injury?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan? <i>Does any member of your immediate family suffer from any hereditary illnesses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Adakah anda sedang mengandung? (Bagi pemohon perempuan) <i>Are you pregnant? (for female applicants)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Adakah anda menghidap / pernah mengalami masalah kesihatan berikut:
Do you suffer or have you suffered from the following medical conditions

Bil. Bil.	Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan Type of disease / Medical Condition	Ya Yes	Tidak No	Tidak Pasti Uncertain	Catatan Remarks
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>				
14	Kanser <i>Cancer</i>				
15	Gastrik <i>Gastritis</i>				
16	Ketagihan Dadah <i>Drug Addiction</i>				
17	Ketagihan Alkohol <i>Alcohol Addiction</i>				
18	Merokok <i>Smoking</i>				
19	Kecatatan Anggota <i>Physical Handicap</i>				
20	Angin Pasang <i>Hernia</i>				
21	Buah Pinggang <i>Kidney disease</i>				
22	Ketulan di payudara <i>Breast lump</i>				
23	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu <i>Cough > 2 weeks</i>				
24	Masalah penglihatan / pendengaran <i>Vision / hearing problem</i>				
25	Histeria <i>Hysteria</i>				
26	Pitam <i>Blackout</i>				
27	Sengugut <i>Dysmenorrhoea</i>				
28	Kahak berdarah <i>Blood stained sputum</i>				
29	Pernakah 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	Pernakah anda cuba untuk membunuh diri <i>Attempted suicide</i>				
32	Sejarah pembedahan <i>History of operations</i>				
33	Lain-lain (Sila nyatakan) <i>Other, please specify</i>				

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN (DECLARATION AND CONSENT)

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar | To be filled before seeing a registered medical practitioner)

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**.

I declare that the medical information provided in Part B is TRUE and that if the information is false or I am found to have concealed my health information, action may be taken against me.

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak berkuasa/ jabatan yang berkenaan.

I hereby consent and authorize you to disclose information pertaining to this medical examination to any relevant authority / department.

Nama Pemohon

Name of Applicant : _____

Tandatangan Pemohon

Signature of Applicant : _____

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL (PHYSICAL EXAMINATION)

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar | To be filled by a Registered Medical Practitioner)

Tinggi | Height : _____ cm

Berat | Weight : _____ kg

Indeks Jisim Tubuh | BMI : _____ kg/m²

Tekanan Darah | Blood Pressure : _____

Pemeriksaan Nadi | Pulse Rate : _____/minute

Kumpulan Darah | Blood Group : _____

PEMERIKSAAN MATA (EYE)	i) Penglihatan <i>Vision</i>	Mata Kanan <i>Right Eye</i>	Dengan kaca mata <i>With glasses</i>	6/___	Dengan kaca mata <i>With glasses</i>	6/___
		Mata Kiri <i>Left Eye</i>	Tanpa kaca mata <i>Without glasses</i>	6/___	Tanpa kaca mata <i>Without glasses</i>	6/___

ii) **Penglihatan warna**
Colour Vision☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal*iii) **Juling**
Squint☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***PEMERIKSAAN TELINGA / PENDENGARAN (EAR / HEARING)**i) **Pemeriksaan Fizikal**
*Physical examination***Kanan**
Right☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Kiri**
Left☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal*ii) **Pendengaran**
*Hearing***Kanan**
Right☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Kiri**
Left☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***MULUT, KERONGKONG DAN GIGI (ORAL, THROAT AND TEETH)**i) **Mulut**
Oral☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal*ii) **Kerongkong**
Throat☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal*iii) **Gigi / Gigi palsu**
Teeth / Denture☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***SISTEM RESPIRATORI (RESPIRATORY SYSTEM)**☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Catatan | Remark :****SISTEM KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR SYSTEM)**☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Catatan | Remark :****ABDOMEN (ABDOMEN)**☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Catatan | Remark :****URO GENITAL (GENITAL URO)**☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Catatan | Remark :****SISTEM NEUROLOGI (NEUROLOGICAL SYSTEM)**☐Biasa
Normal☐Luar biasa
*Abnormal***Catatan | Remark :****PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)****Penampilan diri**
General appearance☐Pemakaian
Dressing☐Kerapian
Tidiness☐Kesesuaian
*Appropriateness***Pertuturan / percakapan**
Speech☐Jelas
Coherent☐Berkaitan
Relevant☐Waras
*Rational***Keadaan emosi**
Emotional mood☐Tertekan
Depressed☐Sungguh girang
Elated☐Biasa
*Normal***Halusinasi**
Hallucination☐Ada
Present☐Tiada
*Absent***Orientasi**
Orientation☐Masa
Time☐Tempat
Place☐Individu
Person

Catatan (Remark) : _____

SISTEM OTOT (MUSCULOSKELETAL SYSTEM)

- i) **Anggota atas**
Upper limb ☐ Biasa
Normal ☐ Luar biasa
Abnormal
- ii) **Anggota bawah**
Lower limb ☐ Biasa
Normal ☐ Luar biasa
Abnormal
- iii) **Gaya berjalan**
Gait ☐ Biasa
Normal ☐ Luar biasa
Abnormal

Catatan (Remark) : _____

E. UJIAN MAKMAL (LABORATORY TEST)

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar | *To be filled by a registered medical practitioner*)

UJIAN URIN (URINE TEST)

Ujian Test	Keputusan (Result)
Gula Sugar	
Albumin Albumin	
'S. Gravity'	
Mikroskopik Microscopic	

F. UJIAN PENGESANAN DADAH DI DALAM AIR KENCING (MORPHINE & CANNABINOID)

DRUG DETECTION TEST IN URINE (MORPHINE & CANNABINOID)

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar | *To be filled by a registered medical practitioner*)

☐

Positif
Positive

☐

Negatif
Negative

LAIN-LAIN UJIAN (OTHER TEST)

(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar | *if deemed necessary by a registered medical practitioner*)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang
Pemeriksaan Perubatan ini.
(Please attach the relevant test reports along this Medical
Examination Form).

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:
(Official Seal Of Conduct Laboratory Tests)

G. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR (CERTIFICATION BY A REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER)

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar | *To be filled by a registered medical practitioner*)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa (I hereby certify that I have examined)

No. KP (I/C No.): _____

pada (on) _____ dan (and) mendapati (found that):

☐

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat; atau
he/she does not suffer from any medical problems and i certified fit for employment; or

☐

beliau menghidapi masalah kesihatan:
He /she has medical problems:

Nama penyakit | *Name of illness*

Tahap penyakit

☐
☐
☐

Ringan (mild)

Sederhana (moderate)

Tidak Terkawal (uncontrol)

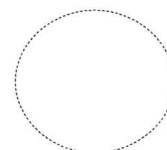
Tandatangan | *Signature* : _____

Nama | *Name* : _____

Jawatan | *Position* : _____

No. Pendaftaran MMC
MMC Registration No. : _____

Tarikh | *Date* : _____



Cop Rasmi
Official Stamp