

PEKERJAAN TERDAHULU / PREVIOUS EMPLOYMENT**JENIS PEKERJAAN / TYPE OF OCCUPATION****TEMPOH / DURATION**

1.		
2.		
3.		

BAHAGIAN B / PART B: MAKLUMAT KESIHATAN CALON / CANDIDATE'S HEALTH INFORMATION

Tandakan (✓) dalam kotak yang berkenaan / Tick (✓) at the relevant boxes

*Keluarga bermakna ibu, ayah, adik beradik / Family members mean parents and siblings

BIL	STATUS KESIHATAN / HEALTH STATUS	DIRI SENDIRI / SELF		*KELUARGA / FAMILY		CATATAN / REMARK
		Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No	
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 Diseases</i>)					
13	Sakit Kuning (<i>Jaundice</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	Kecacatan anggota (<i>Physical handicap</i>)					
19	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)					
20	Penyakit Buah Pinggang (<i>Kidney disease</i>)					
21	Ketulan di payudara (<i>Breast lump</i>)					
22	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu (<i>Cough >2 weeks</i>)					

23	Masalah Penglihatan/ Pendengaran (<i>Vision/hearing problem</i>)					
24	Histeria (Hysteria)					
25	Pitam (<i>Blackout</i>)					
26	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)					
27	Kahak berdarah (<i>Blood stained sputum</i>)					
28	Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental? (<i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i>)					
29	Kecederaan kepala yang serius (<i>Serious head injury</i>)					

BIL	STATUS KESIHATAN / HEALTH STATUS	DIRI SENDIRI / SELF		*KELUARGA / FAMILY		CATATAN / REMARK
		Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No	
30	Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri (<i>Attempted suicide</i>)					
31	Sejarah Pembedahan (History of surgery)					
32	Urat Kaki Bersimpul (<i>Varicose Vein</i>)					
33	Buasir (<i>Piles</i>)					
34	Sakit Sendi (<i>Joint pain</i>)					
35	Lain – lain (Sila Nyatakan) (Others, please specify)					

Ubatan terkini yang diambil / *Current medications taken*

Saya ialah seorang yang / *I am a*

MEROKOK / *SMOKER*

TIDAK MEROKOK / *NON SMOKER*

TELAH BERHENTI MEROKOK /

STOPPED SMOKING

Bagi wanita, adakah anda mengandung? /
Are you pregnant?

YA / *YES*

TIDAK / *NO*

TARIKH MULA HAID
TERAKHIR /

DATE OF LAST PERIOD

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 hereby admit that all informations given in Part B are **TRUE** and if the information is found to be **false** or I **failed to disclose the truth**, I could be subjected to disciplinary action.*

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 agree to allow the Medical Examiner to disclose this health information to the authority / department concerned.

Tandatangan Pemohon : _____
Signature of Candidate

Nama Pemohon : _____
Name of Candidate

No. Kad Pengenalan : _____
Passport

Tarikh : _____
Date

BAHAGIAN C / PART C - PEMERIKSAAN FIZIKAL / PHYSICAL EXAMINATION

Untuk diisi oleh Pegawai Perubatan yang berdaftar / to be filled in by registered Medical Officer

1. BASIC MEASUREMENT			
HEIGHT : _____ m	BMI: _____	BLOOD PRESSURE : _____ mmHg	
WEIGHT : _____ kg		PULSE RATE : _____ / min	
VISION TEST :		NORMAL / ABNORMAL	
Unaided : (R) _____ (L) _____		SQUINT : PRESENT / ABSENT	
Aided : (R) _____ (L) _____			
2. GENERAL EXAMINATION			
ITEM	YES	NO	COMMENT
a. DEFORMITIES			
b. PALLOR			
c. CYANOSIS			
d. JAUNDICE			
e. OEDEMA			
f. SKIN DISEASES			
3. SYSTEMIC EXAMINATION			
ITEM	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a. RIGHT EYE (including fundoscopy)			
LEFT EYE (including fundoscopy)			
b. RIGHT EAR			
LEFT EAR			
c. NOSE			
d. ORAL CAVITY / THROAT			

e. NECK			
f. HEART			
g. LUNGS			
h. ABDOMEN / HERNIA ORIFICES			
i. NERVOUS SYSTEM			
j. MENTAL HEALTH ASSESSMENT			
k. MUSCULOSKELETAL SYSTEM			

BAHAGIAN D/ PART D: UJIKAJI / INVESTIGATION

1. URINE TEST

ITEM	DATE TAKEN	RESULT
a. ALBUMIN		
b. SUGAR		
c. MICROSCOPIC		
d. MORPHINE		
e. CANNABIS		
f. AMPHETAMINES		
g. METAMPHETAMINES		

2. BLOOD TEST

ITEM	DATE TAKEN	RESULT
a. BLOOD GROUP/ RHESUS		

3. CHEST X-RAY

CHEST X-RAY NO.	
DATE TAKEN	
PLACE TAKEN	
REPORT	

BAHAGIAN E - PENGESAHAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN YANG BERDAFTAR

PART E - VERIFICATION BY REGISTERED MEDICAL OFFICER

Saya dengan ini mengaku telah memeriksa / *I hereby admit that I have examined*

No. K/P / *Passport* _____ pada / *on* _____
dan mendapati / *and found*:

1) ☐ Beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.
He / She does not have any medical illness and is fit to work

2) ☐ Beliau mempunyai masalah kesihatan seperti catatan di bawah:
He / She does have some degree of medical illness as stated below:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Catatan :

Remark

Tandatangan

:

Signature

Nama

:

Name

No. Kad Pengenalan

:

Passport

Jawatan

:

Post

No. Pendaftaran MMC

:

MMC Registration No.

Tarikh

:

Date

Cop rasmi

:

Official stamp

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA (PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI, UPM) /
FOR OFFICIAL USE ONLY (UNIVERSITY HEALTH CENTRE, UPM)**

BAHAGIAN F - PENGESAHAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI, UPM

PART F - VERIFICATION BY MEDICAL OFFICER OF UNIVERSITY HEALTH CENTRE, UPM

Dengan ini saya mengesahkan bahawa penama di atas adalah:

I hereby certified that the above name is:

LAYAK / FIT

TIDAK LAYAK / NOT FIT

dilantik ke jawatan / *to be employed as:*

**MEMERLUKAN PEMERIKSAAN LANJUT /
NEED FURTHER MEDICAL INVESTIGATION**

--

Tandatangan : _____

Signature

Nama : _____

Name

No. Kad Pengenalan : _____

Passport

Jawatan : _____

Post

No. Pendaftaran MMC : _____

MMC Registration No.

Tarikh : _____

Date

Cop rasmi : _____

Official stamp

Ulasan / cadangan oleh Pegawai Perubatan UPM (jika ada)

**UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA (SALINAN KEPADA PEJABAT PENDAFTAR) /
FOR OFFICIAL USE ONLY (COPY FOR REGISTRAR OFFICE)**

BAHAGIAN G - PENGESAHAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI, UPM

PART G - VERIFICATION BY MEDICAL OFFICER OF UNIVERSITY HEALTH CENTRE, UPM

Dengan ini saya mengesahkan bahawa penama di atas adalah:

I hereby certified that the above name is:

LAYAK / FIT

TIDAK LAYAK / NOT FIT

dilantik ke jawatan / *to be employed as:*

**MEMERLUKAN PEMERIKSAAN LANJUT /
NEED FURTHER MEDICAL INVESTIGATION**

--

Tandatangan : _____

Signature

Nama : _____

Name

No. Kad Pengenalan : _____

Passport

Jawatan : _____

Post

No. Pendaftaran MMC : _____

MMC Registration No.

Tarikh : _____

Date

Cop rasmi : _____

Official stamp

Ulasan / cadangan oleh Pegawai Perubatan UPM (jika ada)