



KERAJAAN MALAYSIA

PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 1 TAHUN 2013

**PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI MAKSUD PELANTIKAN
KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

TUJUAN

1. Pekeliling Perkhidmatan ini bertujuan memberi panduan mengenai pelaksanaan pemeriksaan kesihatan bagi maksud pelantikan ke dalam perkhidmatan awam supaya pelaksanaannya lebih teratur.

LATAR BELAKANG

2. Peraturan mengenai pemeriksaan kesihatan kepada calon yang dilantik ke dalam perkhidmatan awam dijelaskan dalam peraturan 20(1)(a), Peraturan-Peraturan Pegawai Awam (Pelantikan, Kenaikan Pangkat dan Penamatan Perkhidmatan) 2012. Berdasarkan peraturan tersebut, setiap calon yang akan dilantik ke dalam perkhidmatan awam hendaklah disyaratkan untuk diperiksa dan diperakui sihat untuk berkhidmat oleh pengamal perubatan berdaftar.

3. Pada masa ini, pelaksanaan urusan pemeriksaan kesihatan adalah berdasarkan borang pemeriksaan perubatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (Am 402-Pin.4/87) berdasarkan ketetapan dalam **Ruangan 2, Bilangan 1, Jadual B, Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4 Tahun 2012– Pelaksanaan Urusan Perkhidmatan Pegawai Perkhidmatan Awam Persekutuan Di Bawah Sistem Saraan Malaysia.**

4. Bagi memastikan pemeriksaan kesihatan calon yang dilantik dibuat dengan teratur, terdapat keperluan untuk menjelaskan dasar dan tatacara pemeriksaan kesihatan dengan menggunakan borang baharu pemeriksaan perubatan.

DEFINISI

5. Bagi tujuan Pekeliling Perkhidmatan ini:

“**calon**” bermaksud seseorang yang telah ditawarkan pelantikan secara tetap, sementara atau kontrak oleh Suruhanjaya;

“**Ketua Jabatan**” bermaksud seseorang pegawai yang mengetuai sesuatu Kementerian/ Jabatan Persekutuan di peringkat persekutuan, wilayah, negeri, daerah atau di luar negara, atau mana-mana pegawai yang diwakilkan kuasa secara bertulis oleh Ketua Jabatan untuk bertindak bagi pihaknya;

“**pegawai**” bermaksud pegawai sedang berkhidmat yang dilantik ke jawatan baharu oleh Suruhanjaya;

“**pengamal perubatan berdaftar**” bermaksud pengamal perubatan yang didaftarkan di bawah Akta Perubatan 1971 [Akta 50] sama ada pegawai perubatan Kerajaan atau swasta;

“**perkhidmatan awam**” bermaksud perkhidmatan awam Persekutuan iaitu perkhidmatan kehakiman dan perundangan, perkhidmatan awam am persekutuan, pasukan polis dan perkhidmatan pelajaran menurut Fasal (1) Perkara 132 Perlembagaan Persekutuan; dan

“**Suruhanjaya**” bermaksud Suruhanjaya Perkhidmatan Awam, Suruhanjaya Perkhidmatan Kehakiman dan Perundangan, Suruhanjaya Pasukan Polis dan Suruhanjaya Perkhidmatan Pelajaran atau mana-mana pihak yang diwakilkan kuasa secara sah untuk melantik seseorang berkhidmat dengan mana-mana perkhidmatan di bawah bidang kuasa Suruhanjaya berkenaan.

DASAR PEMERIKSAAN KESIHATAN

6. Dasar pemeriksaan kesihatan adalah seperti berikut:
 - (a) calon yang akan dilantik ke dalam perkhidmatan awam hendaklah menjalani pemeriksaan kesihatan dan diperakui sihat untuk berkhidmat;
 - (b) pegawai yang telah menjalani pemeriksaan kesihatan semasa di jawatan terdahulu perlu menjalani semula pemeriksaan kesihatan sekiranya dikehendaki oleh Suruhanjaya apabila dilantik ke jawatan baharu;
 - (c) bagi maksud subperenggan 6(a) dan 6(b), pemeriksaan kesihatan hendaklah dilaksanakan oleh pengamal perubatan berdaftar;
 - (d) pemeriksaan kesihatan hendaklah dibuat **selepas** calon/ pegawai menerima surat tawaran pelantikan dan laporan pemeriksaan kesihatan **perlu** dikemukakan kepada Ketua Jabatan **pada tarikh melapor diri bertugas kecuali bagi skim perkhidmatan yang**

mengehendaki calon/ pegawai menjalani pemeriksaan kesihatan terlebih dahulu;

- (e) sekiranya calon tidak dapat mengemukakan laporan pemeriksaan kesihatan pada tarikh melapor diri bertugas yang diarahkan, Ketua Jabatan **tidak boleh** menerima pegawai melapor diri bertugas. Sebaliknya, calon perlu menjalani pemeriksaan kesihatan dan mengemukakan laporan tersebut semasa melapor diri bertugas dalam tempoh yang ditetapkan oleh Suruhanjaya;
- (f) sekiranya Suruhanjaya mengehendaki pegawai sedang berkhidmat menjalani semula pemeriksaan kesihatan apabila dilantik di jawatan baharu dan laporan pemeriksaan kesihatan tidak dapat dikemukakan pada tarikh melapor diri yang diarahkan, pegawai hendaklah memohon **penangguhan melapor diri** kepada Ketua Jabatan baharu. Sekiranya pegawai diperakui oleh pengamal perubatan berdaftar mengalami masalah kesihatan, pegawai hendaklah merujuk kepada Suruhanjaya yang menawarkan jawatan baharu itu untuk mendapatkan nasihat mengenai pelantikannya;
- (g) Suruhanjaya **boleh membatalkan** tawaran pelantikan jika calon/ pegawai diperakui mengalami masalah kesihatan oleh pengamal perubatan berdaftar; dan
- (h) kos pemeriksaan kesihatan adalah ditanggung sepenuhnya oleh calon/ pegawai **melainkan** pemeriksaan yang dibuat di hospital/ klinik Kerajaan.

7. Walaupun seseorang pegawai sedang berkhidmat telah mematuhi syarat **di perenggan 6**, Ketua Jabatan **boleh** mengarahkan pegawai untuk menjalani semula pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan maklumat kesihatan yang

telah disahkan oleh pengamal perubatan berdaftar apabila terdapat keperluan untuk mengetahui status kesihatan pegawai supaya dapat dinasihati mengenai perkhidmatannya.

PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

8. Pemeriksaan kesihatan bagi calon/ pegawai yang dilantik ke dalam perkhidmatan awam adalah seperti berikut:

- (a) calon/ pegawai hendaklah membuat pemeriksaan kesihatan sebaik sahaja menerima tawaran pelantikan daripada Suruhanjaya dengan menggunakan borang pemeriksaan perubatan seperti di **Lampiran A**;
- (b) calon/ pegawai hendaklah mengemukakan laporan pemeriksaan kesihatan semasa melapor diri bertugas. Ketua Jabatan **tidak boleh** menerima calon/ pegawai melapor diri bertugas sekiranya calon/ pegawai gagal mengemukakan laporan tersebut semasa melapor diri bertugas;
- (c) Ketua Jabatan mengemukakan maklumat pelantikan dan laporan pemeriksaan kesihatan serta memaklumkan kepada Suruhanjaya sekiranya calon/ pegawai mengalami masalah kesihatan;
- (d) Suruhanjaya meneliti laporan pemeriksaan kesihatan dan memaklumkan keputusan pembatalan tawaran pelantikan kepada calon/ pegawai melalui Ketua Jabatan sekiranya calon/ pegawai mengalami masalah kesihatan dan tidak sesuai untuk berkhidmat; dan
- (e) Ketua Jabatan membuat bayaran emolument bagi apa-apa tempoh calon/ pegawai berkhidmat.

9. Bagi pegawai yang sedang berkhidmat yang dikehendaki untuk menjalani semula pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan maklumat kesihatan yang telah disahkan oleh pengamal perubatan berdaftar kepada Ketua Jabatan, pegawai hendaklah menggunakan borang pemeriksaan perubatan seperti di **Lampiran B**.

PEMBATALAN

10. Dengan berkuat kuasanya Pekeliling Perkhidmatan ini, **Ruangan 2, Bilangan 1, Jadual B, PP 4/2012** adalah dibatalkan.


TARIKH KUAT KUASA

11. Pekeliling Perkhidmatan ini berkuat kuasa mulai tarikh ianya dikeluarkan.

PEMAKAIAN

12. Tertakluk kepada penerimaannya oleh pihak berkuasa masing-masing, Pekeliling Perkhidmatan ini terpakai kepada perkhidmatan awam Negeri, pihak berkuasa berkanun (Persekutuan dan Negeri) dan pihak berkuasa tempatan.

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”


(DATUK FARIDA MOHD ALI)
b.p Ketua Pengarah Perkhidmatan Awam
Malaysia

JABATAN PERKHIDMATAN AWAM
MALAYSIA
PUTRAJAYA

12 Mac 2013

Semua Setiausaha Suruhanjaya Perkhidmatan

Semua Ketua Setiausaha Kementerian

Semua Ketua Jabatan Persekutuan

Semua YB Setiausaha Kerajaan Negeri

Semua Pihak Berkuasa Berkanun

Semua Pihak Berkuasa Tempatan

**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN
UNTUK PELANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

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.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh : _____

Jawatan Yang Ditawarkan : _____

Alamat: _____

No. Kad Pengenalan/ Tentera/ Polis/ Pasport:

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

Umur:

--	--

 tahun

Jantina:

--

 Lelaki

--

 Perempuan
Warganegara:

 Malaysia

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Agama:

--

 Islam

--

 Buddha

--

 Hindu

--

 Kristian

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Bangsa:

--

 Melayu

--

 Cina

--

 India

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Status Perkahwinan:

--

 Bujang

--

 Berkahwin

--

 Pernah Berkahwin

Kumpulan Darah: (jika diketahui) _____ No. Telefon:

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

Maklumat waris:

Nama : _____

Hubungan: _____

Alamat : _____

No. Telefon :

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

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON

[Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan]

(1) Adakah anda menghidap/ pernah mengalami masalah kesihatan berikut:

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
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>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesehatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
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	Kecacatan 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	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
28	Kahak berdarah (<i>Blood stained sputum</i>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
29	Pernahkah 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	Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri (<i>Attempted suicide</i>)				
32	Sejarah Pembedahan (<i>History of operations</i>)				
33	Lain – lain (Sila Nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)				
Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja					
34	Urut Kaki Bersimpul (<i>Varicose Vein</i>)				
35	Tapak Kaki Rata (<i>Flat Footed</i>)				
36	Buasir (<i>Piles</i>)				
37	Sakit Sendi (<i>Joint pain</i>)				

(2) Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

Ya Tidak Catatan :

(3) Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan?

Ya Tidak Catatan :

(4) Adakah anda sedang mengandung? (bagi pemohon perempuan)

Ya Tidak Catatan :

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN
(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Pengakuan dan Kebenaran Pemohon

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.

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

Tandatangan Pemohon : _____

Nama Pemohon : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Pengakuan Saksi *

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi* : _____

Nama Saksi* : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi Jawatan : _____

*** Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.**

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Tinggi _____ **meter** **Berat** _____ **kg** **Indeks Jisim** _____ **kg/m²**
(*Height*): _____ (*Weight*): _____ **Tubuh (BMI):** _____

Tekanan Darah _____ **mmHg** **Pemeriksaan Nadi** _____ **/minut**
(*Blood Pressure*): *Sistolik* (*Pulse Rate*):
_____ **mmHg**
Diastolik

Keadaan Keseluruhan
(*General Condition*): _____

(1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)

(i) Penglihatan
(*Vision*):

Mata Kanan (<i>Right Eye</i>)		Mata Kiri (<i>Left Eye</i>)	
Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/_	Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/_
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):

Ada
(*Present*) Tiada
(*Absent*)

(2) PEMERIKSAAN TELINGA/ PENDENGARAN (EAR/ HEARING)

(i) Pemeriksaan fizikal (Physical examination):

Kanan Biasa Luar Biasa **Kiri** Biasa Luar Biasa
(*Right*) (*Normal*) (*Abnormal*) (*Left*) (*Normal*) (*Abnormal*)

(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):

Kanan Biasa Luar Biasa **Kiri** Biasa Luar Biasa
(*Right*) (*Normal*) (*Abnormal*) (*Left*) (*Normal*) (*Abnormal*)

(3) **PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI** (*ORAL, THROAT AND TEETH*)

(i) **Mulut** Biasa Luar Biasa
(*Oral*): (*Normal*) (*Abnormal*)

(ii) **Kerongkong** Biasa Luar Biasa
(*Throat*): (*Normal*) (*Abnormal*)

(iii) **Gigi/ Gigi palsu** Biasa Luar Biasa
(*Teeth/ Denture*): (*Normal*) (*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*): _____

(4) **PEMERIKSAAN RESPIRATORI** (*RESPIRATORY EXAMINATION*)

Biasa Luar Biasa
(*Normal*) (*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*): _____

(5) **PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR** (*CARDIOVASCULAR EXAMINATION*)

Biasa Luar Biasa
(*Normal*) (*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*): _____

(6) **PEMERIKSAAN ABDOMEN/ UROGENITAL**(*ABDOMEN/ URO GENITAL EXAMINATION*)

Abdomen:

Biasa Luar Biasa
(*Normal*) (*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*): _____

Uro Genital (untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu):

Biasa
(Normal)

Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/

(Remark): _____

(7) PEMERIKSAAN NEUROLOGI (NEUROLOGICAL EXAMINATION)

Biasa
(Normal)

Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/

(Remark): _____

(8) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

- (i) **Penampilan diri** (General appearance):
Pemakaian (Dressing) Kerapian (Tidiness) Kesesuaian (Appropriateness)
- (ii) **Pertuturan/ Percakapan** (Speech):
Jelas (Coherent) Berkaitan (Relevant) Waras (Rational)
- (iii) **Keadaan Emosi** (Emotional/ Mood):
Tertekan (Depressed) Sungguh girang (Elated) Biasa (Normal)
- (iv) **Halusinasi** (Hallucination) (e.g. auditory hallucination)
Ada (Present) Tiada (Absent)
- (v) **Orientasi** (Orientation):
Masa (Time) Tempat (Place) Individu (Person)

Catatan/

(Remark): _____

(9) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION*)

(i) **Anggota atas** Biasa Luar Biasa
(*Upper limb*): (*Normal*) (*Abnormal*)

(ii) **Anggota bawah** Biasa Luar Biasa
(*Lower limb*): (*Normal*) (*Abnormal*)

(iii) **Gaya berjalan** Biasa Luar Biasa
(*Gait*): (*Normal*) (*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*):

E. UJIAN MAKMAL (*LABORATORY TEST*)
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

UJIAN URIN (*URINE TEST*)

Ujian (<i>Test</i>)	Keputusan (<i>Result</i>)
Gula (<i>Sugar</i>)	
Albumin (<i>Albumin</i>)	

UJIAN – UJIAN LAIN (*OTHER RELEVANT TESTS*)
(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:

(Pin. 2/2013)

**BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN
BAGI PEGAWAI PERKHIDMATAN AWAM**

A. BIODATA

[Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan]

1. Nama: _____

2. No Kad Pengenalan: - -

3. Umur: Tahun Bulan (pada tarikh pemeriksaan)

4. Jantina: Lelaki Perempuan

5. Bangsa: Melayu Cina India Lain-lain (sila nyatakan):

6. Taraf Perkahwinan: Bujang Berkahwin Janda/Duda

7. Alamat Kediaman: _____

8. Alamat Tempat Kerja: _____

9. Sejarah Pekerjaan (3 yang terkini):

Nama Jawatan	Kementerian/ Jabatan	Tempoh
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

10. Sejarah Perubatan:

- a. Penyakit Mental (*Mental illness*)
- b. Lain-lain (sila nyatakan) (*Others, please specify*)

11. Sejarah Pembedahan:

Jenis Pembedahan / (<i>Type of surgery</i>)	Tahun
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____

12. Sejarah Merokok:

Tidak Merokok (*Non smokers*)

Bekas Perokok (melebihi 6 bulan) (*ex-smoker*)

Perokok (*Smoker*)

13. Sejarah Alahan (*Allergy*):

i. Ubat-ubatan: a. _____ b. _____
(*Medicine*) c. _____ d. _____

ii. Lain-lain a. _____ b. _____
(*Others*) c. _____ d. _____

14. Sejarah Keluarga:

<input type="checkbox"/>	a. Penyakit Mental (<i>Mental illness</i>)
<input type="checkbox"/>	b. Kanser (<i>Cancer</i>)
<input type="checkbox"/>	c. Kencing Manis (<i>Diabetes Mellitus</i>)
<input type="checkbox"/>	d. Darah tinggi (<i>Hypertension</i>)
<input type="checkbox"/>	e. Strok (<i>Stroke</i>)
<input type="checkbox"/>	f. Penyakit Jantung (<i>Heart disease</i>)
<input type="checkbox"/>	g. Lain-lain (sila nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL (untuk diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

1. Tinggi: cm Berat Badan: . kg
(*Height*) (*Weight*)

2. Indeks Jisim Tubuh (*BMI*): kg/m² BMI < 18.5 (kurang berat badan)
BMI 18.5-24.9 (normal)
BMI 25-29.9 (lebih berat badan)
BMI > 30 (kegemukan / obes)

3. Penglihatan (<i>Vision</i>):	Mata Kanan (<i>Right Eye</i>)		Mata Kiri (<i>Left Eye</i>)	
	Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/ _	Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/ _
	Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/ _	Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/ _

Kadar Nadi (*Pulse rate*) : _____/min Rentak (*Rhythm*): _____

Tekanan Darah (*Blood Pressure*) : _____sistolik mm/Hg
 _____diastolik mm/Hg

Pemeriksaan Klinikal Payudara: Biasa (*Normal*) / Luar Biasa (*Abnormal*) _____
 (*Clinical Breast Examination*)

Pap smear: _____

C. UJIAN MAKMAL

1. Glukosa Darah:

atau; Rawak (*Random*) _____ mmol/l
 Puasa (*Fasting*) _____ mmol/l

2. Serum Lipid:

Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota: Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

D. Catatan

Tandatangan
 Pemeriksa : _____

Tarikh : _____

Nama : _____

Cop Rasmi:

E. PEMERIKSAAN KESIHATAN PERGIGIAN: (untuk diisi oleh Pegawai Pergigian)

Kesihatan pergigian yang baik / tidak memerlukan rawatan

Terdapat masalah pergigian:-

Infeksi

Periodontium

Karies / Restorasi

Lain-lain (*Others*)

Kehilangan Gigi (tooth loss)

(sila nyatakan) _____

Tandatangan

Pemeriksa : _____

Tarikh : _____

Nama : _____

Cop Rasmi:

KEPADA PIHAK YANG BERKENAAN:

Dengan ini disahkan bahawa _____ (nama pemohon)

No. Kad Pengenalan _____ telah menjalani pemeriksaan

kesihatan pada _____ dari jam _____ hingga jam _____.

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi : _____