

**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN**
MEDICAL CHECK-UP FORM

(Sila lengkapkan bahagian 1 dan 2 sahaja. Bahagian 3,4, dan 5 diisi oleh Pengamal Perubatan)
(Please complete Part 1 and 2 only. Part 3,4, and 5 is to be filled by Medical Practitioner)

ARAHAN: SILA ISI DALAM HURUF BESAR

INSTRUCTION: PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS

BAHAGIAN 1**PART 1****Maklumat Peribadi**
(Untuk Dilengkapkan Oleh Pelajar)
Personal Details
(To Be Completed By Student)

NAMA/NAME :

NO. MYKAD / NO. PASPORT :
MYKAD NO./ PASSPORT NO.

JANTINA: LELAKI

PEREMPUAN

KEWARGANEGARAAN:

GENDER MALE

FEMALE

NATIONALITY

BANGSA:

AGAMA:

TARAF PERKAHWINAN:

ETHNIC ORIGIN

RELIGION

MARITAL STATUS

TARIKH LAHIR:

Bujang (Single)

Berkahwin (Married)

UMUR:
AGE

DATE OF BIRTH

ALAMAT SURAT-MENYURAT:

MAILING ADDRESS

NO. TELEFON:

(RUMAH)

(BIMBIT)

CONTACT NO.

(HOME)

(HANDPHONE)

KULIYAH :

FACULTY

PROGRAM PENGAJIAN:

PROGRAM OF STUDY

NAMA WARIS:

NEXT OF KIN

NO. MYKAD / NO. PASPORT :
MYKAD NO./ PASSPORT NO.

RELATIONSHIP:

HUBUNGAN

ALAMAT SURAT-MENYURAT:

MAILING ADDRESS

NO. TELEFON :

(RUMAH)

(BIMBIT)

(PEJABAT)

CONTACT NO.

(HOME)

(H/PHONE)

(OFFICE)

**Pengakuan Pelajar
(Untuk Dilengkapkan Oleh Pelajar)**

BAHAGIAN 2

PART 2

**Student's Self Declaration
(To Be Completed By Student)**

(A) Sila tandakan (/) di petak yang berkenaan.

Please tick (/) in the relevant box.

Pernakah anda/keluarga menerima rawatan / sedang menerima bagi penyakit-penyakit berikut?

Have you/family ever received / currently receiving treatment for the following illnesses?

Bil	Masalah Kesihatan <i>Medical Problems</i>	YA YES	TIDAK NO
1	Lelah <i>Asthma</i>		
2	Batuk Kering / Tibi <i>Tuberculosis</i>		
3	Batuk Berpanjangan / Kahak berdarah <i>Prolonged Cough / Blood Stained Sputum</i>		
4	Kencing Manis <i>Diabetes Mellitus</i>		
5	Sakit Jantung <i>Heart Or Vascular Disease</i>		
6	Darah Tinggi <i>High Blood Pressure</i>		
7	Penyakit Buah Pinggang <i>Kidney Disease</i>		
8	Penyakit Jiwa <i>Mental Illness</i>		
9	Penyakit Sawan <i>Epilepsy / Seizures</i>		
10	Barah <i>Cancer</i>		
11	Ketagihan Dadah <i>Drug Addiction</i>		
12	Alahan <i>Allergies</i>		
13	<i>AIDS / HIV</i>		
14	Pernah menjalani pembedahan <i>History of surgery</i>		
15	Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat <i>Other Illnesses Or Serious Personal Injury</i>		

Sila nyatakan (jika ada).

Please state (if any).

Penyakit keturunan : _____
Family medical history

Kecacatan kekal : _____
Disability / Handicap

Rawatan terkini (Jangka panjang) : _____

Current medication (long term)

B) PERAKUAN

DECLARATION

- (i) Saya _____ No.Mykad / No Passport _____ dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap.

I _____ Mykad No./ Passport No. _____ certify that the above information is true and complete.

- (ii) Saya bersedia untuk menjalani ujian dadah sebelum, semasa dan selepas pendaftaran jika didapati positif, pihak berkuasa UniSHAMS berhak mengambil tindakan terhadap saya.

I am prepared to undergo any form of drugs test before, during and after registration and if found positive, UniSHAMS has the authorities to take any actions against myself.

Tandatangan
Signature

Tarikh
Date

BAHAGIAN 3
PART 3

Pemeriksaan Kesihatan Dan Ujian
(Untuk Diisi Oleh Pengamal Perubatan)
Medical Examination and Investigations
(To be filled by Medical Practitioner)

Tandakan yang berkaitan
Tick as relevant

☐

Pemeriksaan Tubuh Badan
Physical Examination

1) General

Tinggi / Berat
Height / Weight

 cm kg

Tekanan Darah
Blood Pressure

 mmHg

Nadi
Pulse rate

 /min

Catatan/Remarks : _____

		Kanan (Right)	Kiri (Left)
2) Mata Eyes	Penglihatan tanpa alat pandang Unaided vision		
	Penglihatan dengan alat pandang Aided vision		
	Fundus		
	Penglihatan warna Colour vision	Normal 	Abnormal

Catatan/Remarks : _____

		Kanan (<i>Right</i>)		Kiri (<i>Left</i>)	
3) Telinga <i>Ears</i>	Bernanah <i>Discharge</i>	Ya / <i>Yes</i>	☐	Ya / <i>Yes</i>	☐
		Tidak / <i>No</i>	☐	Tidak / <i>No</i>	☐
	Pendengaran <i>Hearing</i>	<i>Normal</i>	☐	<i>Normal</i>	☐
		<i>Abnormal</i>	☐	<i>Abnormal</i>	☐
	Gegendang Berlubang <i>Tympanic Perforation</i>	Ya / <i>Yes</i>	☐	Ya / <i>Yes</i>	☐
		Tidak / <i>No</i>	☐	Tidak / <i>No</i>	☐

Catatan/*Remarks* : _____

		Ya/ <i>Yes</i>	Tidak/ <i>No</i>
4) Mulut, Kerongkong dan Gigi <i>Mouth, Throat and Dental</i>	Pembesaran tonsil <i>Enlarged tonsils</i>	☐	☐
	Lelangit bercelah <i>Cleft palate</i>	☐	☐
	Kerosakan gigi teruk <i>Advance dental caries</i>	☐	☐
	Gigi palsu <i>Dentures</i>	☐	☐

Catatan/*Remarks* : _____

		<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>
5) Dada <i>Chest</i>	Penarikan nafas <i>Chest expansion</i>	☐	☐
	Bunyi perkusi <i>Percussion</i>	☐	☐
	Auskultasi <i>Auscultation</i>	☐	☐

Catatan/Remarks : _____

		<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>
6) Abdomen <i>Abdomen</i>	Hati <i>Liver</i>	☐	☐
	Limpa <i>Spleen</i>	☐	☐
	Lubang Hernia <i>Hernial Orifices</i>	☐	☐

Catatan/Remarks : _____

		<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>
8) Lokomotor <i>Locomotor</i>	Anggota atas <i>Upper limbs</i>	☐	☐
	Anggota bawah <i>Lower limbs</i>	☐	☐
	Tulang belakang <i>Spinal column</i>	☐	☐
	Gaya berjalan <i>Gait</i>	☐	☐

Catatan/Remarks : _____

		<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>
9) Kaji saraf <i>Nerve</i>	Sentuhan <i>Touch sensation</i>	☐	☐
	Refleks <i>Reflexes</i>	☐	☐
	Anak mata <i>Pupil condition</i>	☐	☐

Catatan/Remarks : _____

		<i>Normal</i>	<i>Abnormal</i>
10) Keadaan mental <i>Mental condition</i>	Pertuturan <i>Speech</i>	☐	☐
	Penampilan <i>General appearance</i>	☐	☐

Catatan/Remarks : _____

BAHAGIAN 4
PART 4

Ujian Makmal/Lab Investigation

PEMERIKSAAN X-RAY DADA / CHEST X-RAY		
BIL/NO	PERKARA/ITEM	DETAIL
1	No. X-Ray dada/Chest X-Ray No.	
2	Tarikh/Date Taken	
3	Tempat/Place Taken	
4	Laporan/Report	
5	Pegawai Perubatan	
	No Pendaftaran MMC	

Normal

Abnormal

A) Pemeriksaan X-Ray Dada
Chest X-Ray

☐☐

B) Pemeriksaan Air Kencing
Urine Investigation

PEMERIKSAAN AIR KENCING / URINE INVESTIGATION		
PERKARA / ITEM	TARIKH / DATE TAKEN	KEPUTUSAN / RESULT
a. Albumin		
b. Sugar		
c. Microscopic		

* Sila lampirkan keputusan makmal

* Please attach investigation results

Ulasan / Comments

Ujian selanjutnya (jika perlu)
Further investigation (if necessary)

BAHAGIAN 5

PART 5

Pengesahan Pakar / Pegawai Perubatan

Certification by Physician / Medical Officer

Saya dengan ini mengakui bahawa saya telah memeriksa pelajar yang bernama _____
No.Mykad/No.Pasport _____ dan saya mengesahkan bahawa beliau:

*I have examined _____ Mykad No./ Passport No. _____ and I
hereby confirm that he/she is :*

☐ Sihat dan tidak mempunyai apa-apa masalah kesihatan serta layak untuk mendaftar di UniSHAMS.
Healthy and does not have any medical problems and qualified to pressure studies in UniSHAMS.

☐ Menghidap penyakit ringan dan sedang / sudah dirawat tetapi masih layak mendaftar di UniSHAMS.
Suffering from minor illness and is currently being treated / has been treated but still qualified to pressure studies in UniSHAMS.

Penyakit / Illness

Rawatan / Treatment

☐ Tidak sihat dan dinasihatkan supaya mendapatkan rawatan lanjut sebelum mendaftar di UniSHAMS.
Suffering from major illness and advised to seek further treatment before registration in UniSHAMS.

Tandatangan Doktor :
Doctor's signature _____

Nama penuh :
Full name _____

No Mykad/Mykad No :

No Pendaftaran MMC :
MMC Registration No. _____

Cop rasmi
Official stamp



(Tarikh/Date)