



**PEMERIKSAAN PERUBATAN/PERGIGIAN UNTUK MENGIKUT KURSUS KEMAHIRAN DI INSTITUSI LATIHAN
JABATAN TENAGA MANUSIA, KEMENTERIAN SUMBER MANUSIA**

Calon hendaklah mengisi borang ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan ketika membuat pemeriksaan perubatan dimana-mana **Hospital / Klinik kerajaan atau swasta**. Calon adalah bertanggungjawab memberi keterangan-keterangan yang betul dalam surat ini. Sekiranya dengan sengaja tidak memberikan keterangan yang betul, calon boleh ditarik balik tawaran latihan dan biasasiswa / pinjaman latihan.

Nama Penuh :

No.Kad Pengenalan :

Alamat :

.....

TarikhLahir : Umur :

Status : Bujang / Berkahwin

Sudahkah tuan/puan ditanam cacar dengan sempurna? (Ya / Tidak)

Jika sudah, sebutkan tarikh akhir anda ditanam cacar :

(Ruangan ini perlu diisi oleh calon)

Adakah tuan/puan mengidap :

a) Air ludah berdarah, lelah, sakit menyucuk (pleurisy), atau apa-apa penyakit. (Ya / Tidak)

b) Sengal-sengal, bengkak kaki, pitam atau burut? (Ya / Tidak)

c) Sakit saraf, mereng atau gila babi? (Ya / Tidak)

d) Penyakit yang lain atau kecederaan diri yang mudarat? (Ya / Tidak)

e) Adakah tuan/puan pernah diperiksa oleh Lembaga Perubatan? Jika ada, sila beri butiran (Ya / Tidak)

.....

Saya dengan ini mengaku bahawa butiran yang diberikan di atas ini benar dan lengkap:-

Tarikh :

Tandatangan :

INGATAN : Jika tuan/puan pernah memakai cermin mata bagi sebarang kegunaan, tuan hendaklah membawanya bersama-sama untuk diperiksa oleh Pegawai Perubatan.

PEMERIKSAAN PERUBATAN /PERGIGIAN (Di isi oleh Pegawai Perubatan)

Pegawai Perubatan yang memeriksa diminta mengisi ruangan di bawah ini :

1. MAKLUMAT PELAJAR

- a) Adakah tuan kenal pemohon ini : (Ya / Tidak)
- b) Adakah pernah tuan mengubatnya? (Ya / Tidak)
Jika pernah, apa penyakit?
- c) Tinggi / Berat

cm

kg

2. PEMERIKSAAN MATA

- | | KANAN | KIRI |
|---|----------------|------------|
| a) Adakah pemohon rabun warna? | (Ya/Tidak) | (Ya/Tidak) |
| b) Penglihatan (tiada memakai cermin mata) | | |
| c) Penglihatan (memakai cermin mata) | | |
| d) Periksa Bahagian Dalam mata (jika perlu) | (Ya/Tidak) | (Ya/Tidak) |
| e) Adakah sama besar anak matanya? | (Ya / Tidak) | |
| f) Bolehkah anak matanya melihat cahaya? | (Ya / Tidak) | |
| g) Bolehkah anak matanya melihat benda yang dekat dan jauh? | (Ya / Tidak) | |

3. PEMERIKSAAN TELINGA

- | | KANAN | KIRI |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| a) Adakah telinga bernanah? | (Ya/Tidak) | (Ya/Tidak) |
| b) Keadaan anak telinga | (Baik/Tidak) | (Baik/Tidak) |
| c) Keadaan pendengaran | (Baik/Tidak) | (Baik/Tidak) |

4. PEMERIKSAAN GIGI

- a) Adakah mengalami kerosakan gigi yang teruk? (Ya / Tidak)
- b) Gigi palsu (Ya / Tidak)

5. PEMERIKSAAN DADA

- a) Adakah sifatnya yang luar biasa? (Biasa / Luar Biasa)
- b) Bila tarik nafas, adakah penarikan nafasnya biasa? (Biasa / Luar Biasa)
- c) Samakah besar kedua-dua belahnya? (Sama / Tidak sama)
- d) Bunyi ketukan (Percussion) (Normal / Tidak)
- e) Bunyi jantung, paru-paru dan lain-lain (Auscultation) (Normal / Tidak)
- f) Penyata gambar x-ray (Normal / Tidak)

6. PEMERIKSAAN JANTUNG

- | | | |
|----|--|--------------------|
| a) | Rentaknya (Rhythm) | (Normal / Tidak) |
| b) | Bunyi disebelah atas jantung | (Normal / Tidak) |
| c) | Tempat berbunyi sebelah jantung | (Normal / Tidak) |
| d) | Adakah berubah besarnya? | (Ya / Tidak) |
| e) | Adakah apa-apa bunyi mendenyut di dalam? | (Ya / Tidak) |
| f) | Ujian tahan senam (Jika perlu) | (Ya / Tidak) |
-

7. NADI

- | | | |
|----|-----------------------------------|--------------------|
| a) | Berapa kadarnya | |
| b) | Denyutnya | (Normal / Tidak) |
| c) | Apa-apa tanda perubahan urat nadi | |
-

8. TEKanan DARAH

- | | | |
|----|--------------------------------------|-------|
| a) | Masa jantung itu kuncup (Systolic) | |
| b) | Masa jantung itu kembang (Diastolic) | |
-

9. PEMERIKSAAN AIR KENCING

- | | | |
|----|---------|-----------------------|
| a) | Dadah | (Negatif / Positif) |
| b) | Albumin | (Negatif / Positif) |
| c) | Gula | (Negatif / Positif) |
| d) | Acetone | (Negatif / Positif) |
-

10. PEMERIKSAAN KAJI SARAF DAN MENTAL

- | | | |
|----|---------------------------------|--------------------|
| a) | Keadaan sentak lutut | (Normal / Tidak) |
| b) | Keadaan sentak pergelangan kaki | (Normal / Tidak) |
| c) | Keadaan Mental | (Normal / Tidak) |
| d) | Percakapan / Pertuturan | (Normal / Tidak) |
-

- | | | |
|-----|---|----------------|
| 11. | Jika perempuan, adakah pernah hamil / sedang hamil? | (Ya / Tidak) |
|-----|---|----------------|

Lain-lain peperiksaan lagi yang difikirkan mustahak oleh pegawai yang memeriksa untuk dijalankan:

.....

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa:

(Nama Pelajar : No.K/P :

dan saya dapati beliau *sesuai / tidak sesuai mengikuti latihan di Institut latihan Jabatan Tenaga Manusia dan tinggal di asrama serta boleh mengikuti sebarang aktiviti ko-kurikulum dan program amali yang dijalankan.

**Potong mana yang tidak berkenaan*

Tandatangan :

Nama :

Kelayakan :

Jawatan :

(BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN INI HENDAKLAH DIBAWA BERSAMA KETIKA MELAPOR DIRI)