



**JABATAN SUMBER MANUSIA
PEMERIKSAAN DOKTOR UNTUK MASUK PERKHIDMATAN
HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ, UKM**

Pemohon hendaklah mengisi Bahagian 'A' di bawah ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan pada masa ia diperiksa bersama-sama dengan surat tawaran.

Pemohon adalah bertanggungjawab memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam borang ini dan jika pemohon dengan sengaja memberikan keterangan palsu, tawaran ini dianggap terbatal dengan sendirinya.

Untuk tujuan pemeriksaan doctor jika tuan/puan pernah **memakai cermin mata**, tuan/puan hendaklah **membawanya bersama**. Sila bawa juga kertas-kertas Laporan Lembaga Perubatan jika ada.

NAMA DIRI (PENUH) :		
ALAMAT _____ _____ _____ _____	TARIKH LAHIR _____ UMUR _____ tahun	TEMPAT DILAHIRKAN Daerah : _____ Negeri : _____
NO. KAD PENGENALAN Lama : _____ Baru : _____	PEKERJAAN Jawatan : _____ Jabatan : _____	TARAF PERKAHWINAN <input style="width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;" type="checkbox"/> BUJANG <input style="width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;" type="checkbox"/> BERKAHWIN <input style="width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;" type="checkbox"/> DUDA / JANDA

PENGAKUAN PEMOHON

A.

1. Adakah tuan / puan mengidap		YA	TIDAK	Jika ya, nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
a)	Kahak berdarah (Blood stained sputum)	☐	☐	
b)	Sakit lelah (Asthma)	☐	☐	
c)	Batuk kering/tibi (Tuberculosis)	☐	☐	
d)	Lain-lain penyakit paru-paru (Other diseases of Lungs)	☐	☐	
e)	Sengal-sengal sendi (Joint pains)	☐	☐	
f)	Bengkak kaki (Swelling of legs)	☐	☐	
g)	Pening kepala (Giddiness)	☐	☐	
h)	Burut (Swelling of Scrotum)	☐	☐	
i)	Sawan (Fits)	☐	☐	
j)	Kencing Manis	☐	☐	
k)	Darah Tinggi	☐	☐	
l)	Ketagihan Dadah	☐	☐	
m)	Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat (Any other disease or serious personal injury)	☐	☐	
2. Keadaan Panca Indera		Boleh	Tidak	Jika tidak nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
a)	Rasa (Taste)	☐	☐	
b)	Bau (Smell)	☐	☐	
c)	Sentuhan (Touch)	☐	☐	
d)	Penglihatan (Vision)	☐	☐	

Pemeriksaan Kesihatan Hendaklah Dilaksanakan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar

e)	Pendengaran (Hearing)	☐	☐	_____	
		Ya	Tidak		
3.	a)	Adakah pernah tuan / puan diperiksa oleh Lembaga Perubatan	☐	☐	Sila nyatakan secara terperinci: _____
	b)	Sila nyatakan sama ada tuan / puan bersetuju atau tidak rekod Lembaga yang memeriksa	☐	☐	Sila nyatakan secara terperinci: _____
	c)	Adakah tuan / puan menerima pencen daripada mana-mana punca	☐	☐	_____
	d)	Adakah tuan / puan atau mana - mana ahli keluarga tuan / puan atau saudara mara yang dekat pernah atau sedang mengidap penyakit jiwa atau penyakit turun-temurun yang diketahui	☐	☐	_____

Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas adalah benar dan lengkap.

Tandatangan Pemohon : _____
Tarikh : _____

B. BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA

1.	a)	Nama Pegawai Perubatan yang memeriksa	:	_____
	b)	Jawatan	:	_____
	c)	Nombor Kad Pengenalan	:	_____
	d)	Tarikh Pemeriksaan	:	_____
	e)	Nama Hospital	:	_____

		Ya	Tidak	Jika ya nyatakan butir-butir selanjutnya	
2.	a)	Adakah tuan/puan mempunyai pertalian keluarga dengan pemohon	☐	☐	_____
	b)	Adakah pernah tuan/puan mengubatinya	☐	☐	_____

Tandatangan Pegawai Perubatan : _____
Tarikh : _____

Pemeriksaan Kesihatan Hendaklah Dilaksanakan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar

C BUTIRAN-BUTIRAN YANG DIPERIKSA

Pegawai -pegawai Perubatan dikehendaki memeriksa dengan teliti dan menyempurnakan kenyataan berikut dengan tepat.

Catitan Doktor

1. Tinggi / Berat

Meter	Kg.
-------	-----

2. Pemeriksaan Mata

- a) Penglihatan tanpa alat pandang
(seperti kaca mata, kanta sentuhan)
(*Unaided Vision*)

Kanan	Kiri

- b) Penglihatan dengan alat pandang
(seperti kaca mata, kanta sentuhan)
(*Aided Vision*)

--	--

- c) Penglihatan warna
(*Color Perception*)

Biasa		Biasa	
Tidak Biasa		Tidak Biasa	

- d) Fundus

Biasa		Biasa	
Tidak Biasa		Tidak Biasa	

3. Pemeriksaan Telinga

- a) Adakah telinganya bernaah
(*Any ear discharge*)

Ya		Ya	
Tidak		Tidak	

- b) Adakah terdapat timpanum berlubang
(*Tympanic perforation*)

Ya		Ya	
Tidak		Tidak	

- c) Pendengaran
(*Hearing*)

Ya		Ya	
Kurang Baik		Kurang Baik	

4. Pemeriksaan Gigi

Samaada beliau

Ya Tidak

- a) Kerosakan gigi yang teruk
(*Advanced Dental Caries*)

--	--

Jika ya nyatakan butir-butir selanjutnya

Pemeriksaan Kesihatan Hendaklah Dilaksanakan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar

- b) Gigi palsu
(Dentures)

--	--

5. Pemeriksaan Mulut dan Kerongkong

Sama ada beliau pernah mengalami

Ya Tidak

Jika ya nyatakan butir-butir
selanjutnya

- a) Pembesaran tonsil
(Enlarged Tonsils)

--	--

- b) Lelengit bercelah
(Cleft Palate)

--	--

- c) Lain-lain abnormaliti yang teruk
(Any other severe abnormality)

--	--

6. Pemeriksaan Nadi

- a) Kadar seminit
(Rate per minute)

Biasa	
-------	--

Tidak Biasa	
-------------	--

- b) Sifat Denyutan Nadi
(Character)

Biasa	
-------	--

Tidak Biasa	
-------------	--

7. Tekanan Darah

Sistolik	
----------	--

mmHg	
------	--

Diastolik	
-----------	--

mmHg	
------	--

8. Pemeriksaan Dada

- a) Sifatnya

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- b) Bila tarik nafas adakah
Penarikan nafasnya biasa
(Expansion of the chest)

Baik	
------	--

Kurang Baik	
-------------	--

- c) Adakah kedua-dua belah
dadanya sama besar semasa
penarikan nafas.
(Equal on both sides on expansion)

Sama	
------	--

Tidak Sama	
------------	--

- d) Bunyi perkusi
(Percussion)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- e) Auskultasi
(Auscultation)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

9. Pemeriksaan Jantung

- a) Saiz jantung

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- b) Bunyi jantung

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

- c) Rentak
(Rhythm)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

Pemeriksaan Kesihatan Hendaklah Dilaksanakan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar

- d) Adakah terdapat unsur –
unsur atau lain-lain
bunyi luar biasa

Ya	
----	--

Tidak	
-------	--

10. Pemeriksaan Abdomen

- a) Hati
(Liver)

Palpabel	
----------	--

Tidak Palpabel	
-------------------	--

- b) Kura
(Spleen)

Palpabel	
----------	--

Tidak Palpabel	
-------------------	--

- c) Adakah apa-apa bengkak
yang luar biasa dalam perut ?
(Any abnormal abdominal mass)

Ya	
----	--

Tidak	
-------	--

11. Pemeriksaan Lubang-Lubang Henia (Examination of Hernial Orifices)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

12. Pemeriksaan Kajisaraf dan Keadaan Mental

- a) Keadaan sentak lutut
(Knee Jerk)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- b) Keadaan sentak pergelangan kaki
(Ankle Jerk)

Biasa	
-------	--

LuarBias a	
---------------	--

- c) Keadaan sentak plantar
(Plantar Reflex)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- d) Keadaan anak mata
(Condition of Pupil)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- e) Refleksi anak mata terhadap cahaya
(Light Reflex)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- f) Keadaan Mental
(Mental Condition)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- g) Percakapan / pertuturan
(Speech)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- h) Keadaan Anak Mata
(Condition of Pupil)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

12. Pemeriksaan Sistem Lokomotor

- a) Anggota atas
(Upper Limbs)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- b) Anggota bawah
(Lower Limbs)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

- c) Kolom Spina
(Spinal Column)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
---------------	--

Pemeriksaan Kesihatan Hendaklah Dilaksanakan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar

d) *Gaya berjalan*
(*Gait*)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

13. Pemeriksaan Uro Jantina

(Untuk Lelaki sahaja dan perempuan jika perlu)

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

14. Pemeriksaan Air Kencing

Sp. Gravity	
-------------	--

Gula	
------	--

Albumin	
---------	--

Pemeriksaan Mikroskopik	
-------------------------	--

Dadah	
-------	--

15. Pemeriksaan X-Ray Dada

a) Nombor X-Ray

b) Tarikh X-Ray

c) Tempat X-Ray diambil

d) Penyata X-Ray

16. Lain-Lain Pemeriksaan Yang Mana Difikirkan Perlu Oleh Pegawai Perubatan

PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN

Dengan ini saya mengakui telah memeriksa _____
(Nama Pemohon)

No. K/P _____ pada _____

termasuk X-Ray dan saya dapati:-

- * ☐ Penama tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat untuk dilantik.
- ☐ Penama tidak begitu sihat seperti di butiran _____
tetapi boleh dilantik untuk berkhidmat dengan Kerajaan.
- ☐ Penama tidak sihat dan tidak disokong untuk dilantik berkhidmat dengan Kerajaan kerana;

* Sila tandakan ✓ di kotak yang berkenaan

TANDATANGAN	:	_____
NAMA	:	_____
		(DENGAN HURUF BESAR)
NO. KAD PENGENALAN	:	_____
KELAYAKAN	:	_____
JAWATAN	:	_____
COP RASMI	:	_____