

NO. IC: _____

NAMA: _____



UNIVERSITI
PENDIDIKAN
SULTAN IDRIS
اونيورسيتي قنديدين سلطان ادريس

SULTAN IDRIS EDUCATION UNIVERSITY



LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN HEALTH EXAMINATION REPORT

Lekatkan gambar
berukuran pasport
disini / Photo

Pelajar hendaklah mengisi borang ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan ketika membuat pemeriksaan kesihatan di **HOSPITAL/KLINIK**. Pelajar adalah bertanggungjawab untuk memberi keterangan yang betul dalam laporan ini. Sila isi maklumat anda dengan menggunakan **HURUF BESAR**.

SEKSYEN 1: MAKLUMAT DIRI PEMOHON (untuk diisi oleh pemohon)

SECTION 1: APPLICANT'S PERSONAL INFORMATION (to be completed by candidate)

BAHAGIAN A: SILA ISI MENGGUNAKAN HURUF BESAR

PART A: PLEASE FILL IN USING CAPITAL LETTERS

| | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------|-------|
| Nama Penuh / Full Name | : | _____ | | | |
| No. Matric/ Matric No. | : | _____ | | | |
| No. Kad Pengenalan / Passport No. | : | _____ | | | |
| Fakulti / Faculty | : | _____ | | | |
| No. Telefon / Phone No. | : | _____ | | | |
| Kewarganegaraan / Nationality | : | _____ | | | |
| Jantina / Gender | : | _____ | | | |
| Lelaki / Male | <input type="checkbox"/> | Tarikh Lahir / Date Of Birth | : | _____ | |
| Perempuan / Female | <input type="checkbox"/> | Kod & Program Code & Program | : | _____ | |
| | | Ambilan / Intake | : | _____ | |
| | | Umur / Age | : | _____ | |
| | | Status Perkahwinan / Marital Status | : | _____ | |
| | | Bujang / Single | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Berkahwin / Married | <input type="checkbox"/> | | |
| Nama Ibu/Bapa/Penjaga / Name Of Guardian | : | _____ | | | |
| Alamat Ibu/Bapa/Penjaga / Address Of Guardian | : | _____ | | | |
| | | _____ | | | |
| No. Telefon | : | _____ | Hubungan/ Relationship | : | _____ |

NO. IC: _____

NAMA: _____

SEKSYEN 1: MAKLUMAT DIRI PEMOHON (untuk diisi oleh pemohon)**SECTION 1: APPLICANT'S PERSONAL INFORMATION (to be completed by candidate)**

Pengisytiharan tahap kesihatan diri sendiri dan keluarga. Sila maklumkan dengan jelas jika anda atau ahli keluarga (ibu, bapa dan adik beradik) menghadapi penyakit-penyakit seperti berikut.

Declaration of personal and family health levels. Please inform clearly if you or your family members (mother, father and siblings) suffer from any of the following diseases

| MASALAH PERUBATAN MEDICAL PROBLEMS | SENDIRI SELF | | KELUARGA FAMILY | | Jika "Ya", sila nyatakan siapa dan rawatan yang diterima. Contoh – ibu: rawaan di hospital <i>If "Yes", please specify who and treatment received. E.g: Mother: treatment at hospital</i> |
|--|-----------------|-------------|--------------------|-------------|--|
| | YA YES | TIDAK NO | YA YES | TIDAK NO | |
| 1. Kecacatan kekal atau penyakit diwarisi / <i>Congenital or inherited disorder</i> | | | | | |
| 2. Alahan / <i>Allergy</i> | | | | | |
| 3. Penyakit Mental / <i>Mental illness</i> | | | | | |
| 4. Sawan, angin ahmar, penyakit saraf lain / <i>Fits, stroke or other neurological disease</i> | | | | | |
| 5. Kencing manis / <i>Diabetes mellitus</i> | | | | | |
| 6. Darah tinggi / <i>Hypertension</i> | | | | | |
| 7. Penyakit jantung atau kardiovaskular / <i>Heart or cardiovascular disease</i> | | | | | |
| 8. Lelah / <i>Asthma</i> | | | | | |
| 9. Penyakit tiroid / <i>Thyroid disease</i> | | | | | |
| 10. Penyakit buah pinggang / <i>Kidney disease</i> | | | | | |
| 11. Kanser / <i>Cancer</i> | | | | | |
| 12. Batuk kering / <i>Tuberculosis</i> | | | | | |
| 13. Ketagihan dadah / <i>Drug addiction</i> | | | | | |
| 14. AIDS / HIV | | | | | |
| 15. Sejarah pembedahan / <i>History of surgery</i> | | | | | |
| 16. Hepatitis B/C | | | | | |
| 17. Merokok / <i>Smoking</i> | | | | | |
| 18. Kecacatan anggota atau pancaindera / <i>Deformity of limbs or sensory organ</i> | | | | | |
| 19. Penyakit lain / <i>Other illness</i> | | | | | |

Rekod perubatan semasa (jangka masa panjang) / *Current medication (long term)*

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

NO. IC: _____

NAMA: _____

BAHAGIAN C: SEJARAH IMUNISASI
PART C: HISTORY OF IMMUNIZATION

Sekiranya perlu, pelajar adalah dinasihatkan untuk mendapatkan vaksinasi yang berkaitan dengan nasihat daripada pegawai perubatan.

Students are advised to consult a medical officer if vaccination is required.

| SEJARAH IMUNISASI (Jika berkenaan) IMMUNIZATION HISTORY (If applicable) | Tandakan (✓) sekiranya ada | Tarikh disuntik Date of immunization (sekiranya ada / if any) | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|--|--|
| 1. BCG | | | | | |
| 2. Hepatitis B | | | | | |
| 3. Rubella | | | | | |
| 4. Yellow Fever | | | | | |
| 5. Meningococcal | | | | | |
| 6. Typhoid | | | | | |
| 7. Influenza | | | | | |
| 8. Vaksin Covid : (Pfizer/CanSino/AstraZeneca/CoronaVac/ Johnson & Johnson/Moderna/Sinopharm BBIBP/Lain-lain) | | | | | |
| 9. Lain-lain / Others | | | | | |

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar. Saya sedia maklum bahawa permohonan saya akan ditolak sekiranya maklumat yang diberikan adalah tidak benar. Saya dengan ini memberi keizinan agar laporan pemeriksaan kesihatan ini diserahkan kepada pihak universiti.

I hereby confirm that the above information is true. I understand that my application will be rejected if the information provided is incorrect. I hereby give permission for this health examination report to be submitted to the university.

Tarikh / Date : _____ Tandatangan pemohon / Applicant's signature : _____

NO. IC: _____

NAMA: _____

SEKSYEN 2: PEMERIKSAAN FIZIKAL (diisi oleh pegawai perubatan)
SECTION 2: PHYSICAL EXAMINATION (to be completed by medical officer)

1. BASIC MEASUREMENT

HEIGHT: _____ m

BLOOD PRESURE: _____ mmHG

WEIGHT: _____ kg

PULSE RATE: _____ / min

BMI: _____ kg/m²

VISION TEST: Unaided (R) _____ (L) _____

COLOUR VISION TEST:

Aided (R) _____ (L) _____

NORMAL / ABNORMAL

1. GENERAL EXAMINATION

| ITEM | YES | NO | COMMENT |
|--------------|-----|----|---------|
| DEFORMITIES | | | |
| PALLOR | | | |
| CYANOSIS | | | |
| JAUNDICE | | | |
| OEDEMA | | | |
| SKIN DISEASE | | | |

1. SYSTEMIC EXAMINATION

| ITEM | NORMAL | ABNORMAL | COMMENT |
|-----------------------------|--------|----------|---------|
| EYES (including fundoscopy) | | | |
| EARS | | | |
| NOSE | | | |
| ORAL CAVITY / THROAT | | | |
| NECK | | | |
| HEART | | | |
| LUNGS | | | |
| ABDOMEN / HERNIA ORIFICES | | | |
| NERVOUS SYSTEM | | | |
| MENTAL CONDITION | | | |
| MUSCULOSKELETAL SYSTEM | | | |

NO. IC: _____

NAMA: _____

SEKSYEN 2: PEMERIKSAAN FIZIKAL (diisi oleh pegawai perubatan)
SECTION 2: PHYSICAL EXAMINATION (to be completed by medical officer)

URINE TEST

| ITEM | DATE TAKEN | RESULT |
|---------|------------|--------|
| ALBUMIN | | |
| SUGAR | | |

SEKSYEN 2: PEMERIKSAAN FIZIKAL (diisi oleh pegawai perubatan)
SECTION 2: PHYSICAL EXAMINATION (to be completed by medical officer)

Saya dengan ini memperakui telah memeriksa _____
I hereby certify that I have examined

dengan no. MYKAD/no. Passport _____ pada tarikh _____
with MYKAD no./Passport no on this date

dan mendapati beliau:
And found him/her

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | nama di atas dalam keadaan sihat <i>the above name is in good health</i> |
| <input type="checkbox"/> | nama di atas mempunyai _____ <i>the above name has</i> |
| <input type="checkbox"/> | nama di sedang menjalani rawatan _____ <i>the above name is undergoing treatment</i> |

Tarikh:
Date

Tandatangan Pegawai :
Kesihatan/Pemeriksa
Signature of Medical/Examiner
Officer

Nama Pegawai :
Officer name

Cop Pengesahan Pegawai :
Officer's stamp

REMARK'S BY CENTRE:

