

BAHAGIAN 2 – Sila tandakan (✓) di kotak berkenaan.
PART 2 – Please tick (✓) the relevant box.

Adakah anda/keluarga anda mengalami: lelah, batuk kering, darah tinggi, sakit jantung, kencing manis, sakit buah pinggang, gila babi, sakit jiwa, penyalahgunaan dadah, kecacatan anggota, kanser, alahan, pembedahan.
 Have you / your family had the following : asthma, tuberculosis, hypertension, heart diseases, diabetes mellitus, kidney disease, epilepsy, mental illness, drug addiction, deformity, cancer, allergies, operations.

	Tidak / No	Ya / Yes
Sendiri / Self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keluarga / Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika ya, sila nyatakan / If yes, please state _____

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar.
 (I hereby certify that the information given above is correct)

.....
 (Tarikh/Date)

(.....)
Tandatangan Calon
 (Signature of Candidate)

BAHAGIAN 3
PART 3

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan
 Tick as relevant

1. PEMERIKSAAN UMUM / GENERAL EXAMINATIONS

TINGGI / HEIGHT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	sentimeter / cm	BERAT / WEIGHT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kilogram
PULSE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	seminit / min	BP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg

Tandakan +/- yang berkaitan
 Tick +/- as relevant

a. PALLOR	<input type="checkbox"/>	b. CYANOSIS	<input type="checkbox"/>	c. OEDEMA	<input type="checkbox"/>	d. JAUNDICE	<input type="checkbox"/>
e. ENLARGED LYMPNODES	<input type="checkbox"/>	f. CHRONIC SKIN DISEASE	<input type="checkbox"/>				

2. PEMERIKSAAN MATA / EXAMINATION OF EYE

KANAN KIRI

Catatan Doktor / Verification of doctor's findings

a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA / UNAIDED VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA / AIDED VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. FUNDOSCOPY	NORMAL <input type="checkbox"/>	ABNORMAL <input type="checkbox"/>	_____
d. PENGLIHATAN WARNA / COLOUR VISION	NORMAL <input type="checkbox"/>	ABNORMAL <input type="checkbox"/>	_____
3. PEMERIKSAAN TELINGA / EXAMINATION OF EAR	NORMAL <input type="checkbox"/>	ABNORMAL <input type="checkbox"/>	_____
4. RUANG MULUT & GIGI / ORAL CAVITY & TEETH	NORMAL <input type="checkbox"/>	ABNORMAL <input type="checkbox"/>	_____
5. JANTUNG / HEART	NORMAL <input type="checkbox"/>	ABNORMAL <input type="checkbox"/>	_____

6. a. SISTEM RESPIRATORI /

RESPIRATORY SYSTEM

NORMAL

ABNORMAL

Tandakan yang berkaitan
Tick as relevant

b. * X-RAY DADA /

CHEST X-RAY

NORMAL

ABNORMAL

* LAMPIRKAN X-RAY DADA SERTA LAPORAN (filem besar) / ATTACH CHEST X-RAY AND REPORT (large film)

TARIKH X-RAY / DATE X-RAY

TEMPAT / PLACE

NO. RUJUK X-RAY / X-RAY REF. NO.

7. ABDOMEN & RONGGA HERNIA /
ABDOMEN & HERNIAL ORIFICES

NORMAL

ABNORMAL

8. SISTEM SARAF DAN MENTAL /
NERVOUS SYSTEM AND MENTAL CONDITION

NORMAL

ABNORMAL

9. SISTEM MUSKULOSKELETAL /
MUSCULOSKELETAL SYSTEM

NORMAL

ABNORMAL

10. LAIN-LAIN / OTHERS _____

BAHAGIAN 4

PART 4

11 PEMERIKSAAN AIR KENCING / EXAMINATION OF URINE

GULA
SUGAR

ALBUMIN

MICROSCOPY _____

BAHAGIAN 5

PART 5

PENGESAHAN DOKTOR / Certification by Doctor

Sila tandakan di dalam kotak yang berkenaan. Please tick in the appropriate box.

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / I certify that I have this day examined

_____/C No. / Passport No. _____

dan mendapati bahawa:

and found :

Beliau tidak menghidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat.
The above named is in good health.

Beliau menghidap _____
The above named has _____

Beliau sedang mendapat rawatan _____
The above named is undergoing treatment _____

Tandatangan Doktor _____

Signature of Doctor

Nama Doktor _____

Name of Doctor

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik

Qualification and official stamp of clinic

TARIKH: _____

DATE: _____

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANATHESIA AND SURGICAL PROCEDURE

Pendaftar / Registrar
Universiti Sains Islam Malaysia

Saya, _____ No. K/P / Pasport _____ bapa / ibu / penjaga kepada
I, _____ I/C / Passport No. _____ father / mother / guardian to

(Nama calon / Candidate's name) I/C / Passport No. _____

dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau / dan pembedahan segera, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.
Hereby authorised the medical officer to sign on my behalf as an approval to administer anesthesia or carry out a surgical procedure on the applicant in my absence in the event of an emergency as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mengambil sebarang tindakan terhadap Universiti Sains Islam Malaysia dan membebaskan Universiti ini dari sebarang tuntutan sama ada dari pihak saya atau pihak lain jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.
I will absolve Universiti Sains Islam Malaysia of any claims from myself or any other parties for any unfavourable consequences, which may arise from the said procedure.

Di hadapan / *In the presence of*
Tandatangan / *Signature*

Yang benar,
Yours faithfully,

(Nama Saksi / *Name of Witness*)

No. K/P / Pasport Saksi: _____
I/C No. / Passport No. of Witness:

Tandatangan Bapa / Ibu / Penjaga
Signature of father/mother/guardian

Tarikh : _____
Date

Alamat saksi: _____
Address of witness:

