



**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN  
BAGI PEGAWAI PERKHIDMATAN AWAM**

**(SURAT PEKELILING PERKHIDMATAN AWAM BILANGAN 3/2003)**

**A. BIODATA (Diisi oleh pemohon)**

- 1. Nama : \_\_\_\_\_
- 2. No. Kad Pengenalan : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 3. Umur : 

--	--

 Tahun 

--	--

 Bulan (pada tarikh pemeriksaan)
- 4. Tarikh Lahir : 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--
- 5. Jantina 

--

 Lelaki 

--

 Perempuan
- 6. Bangsa : 

--

 Melayu 

--

 Cina 

--

 India 

--

 Lain-lain, Nyatakan \_\_\_\_\_
- 7. Taraf Perkahwinan : 

--

 Bujang 

--

 Berkahwin 

--

 Janda/Duda
- 8. Kelulusan Akademik Tertinggi : 

--

 Sek. Rendah 

--

 SRP 

--

 SPM  

--

 STPM 

--

 Diploma 

--

 Ijazah

- 9. Alamat Kediaman : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10. Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Sejarah Pekerjaan (3 yang terkini) :

Nama Jawatan	Kementerian	Tempoh
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

12. Sejarah Perubatan :
- |  |
|--|
|  |
|--|

 a. Penyakit Mental
  - |  |
|--|
|  |
|--|

 b. Lain-lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_

13. Sejarah Pembedahan :

Diagnosis/Jenis Pembedahan	Tahun
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____

14. Sejarah Merokok
- |  |
|--|
|  |
|--|

 Tidak Merokok
  - |  |
|--|
|  |
|--|

 Bekas Perokok (melebihi 6 bulan)
  - |  |
|--|
|  |
|--|

 Perokok

15. Sejarah Alahan (alergi)

- |     |             |    |       |    |       |
|-----|-------------|----|-------|----|-------|
| i.  | Ubat-Ubatan | a. | _____ | b. | _____ |
|     |             | c. | _____ | d. | _____ |
| ii. | Lain-lain   | a. | _____ | b. | _____ |
|     |             | c. | _____ | d. | _____ |
- Jelaskan

16. Sejarah Keluarga

- a.  Penyakit Mental
- b.  Kanser
- c.  Diabetes Melitus
- d.  Hipertensi (DarahTinggi)
- e.  Strok (Angin Ahmar)
- f.  Penyakit Jantung
- g.  Lain-lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_

**B. PEMERIKSAAN FIZIKAL**

- Tinggi :   m      Berat Badan :     kg
- Indeks Jisim Tubuh (BMI) :   kg/m<sup>2</sup>
  - BMI < 18 (Kurang Berat Badan)
  - BMI 18 - 23 (Normal)
  - BMI 23 - 30 (Lebih Berat Badan)
  - BMI > 30 (Kegemukan/Obes)
- Penglihatan :      6 /  Kanan      6 /  Kiri (Tanpa Cermin Mata)  
    6 /  Kanan      6 /  Kiri (Dengan Cermin Mata)
- Kadar Nadi :      \_\_\_\_\_ / min      Rentak (Rhythm) : \_\_\_\_\_
- Tekanan Darah (BP) :      \_\_\_\_\_ sistolik mm / Hg  
    \_\_\_\_\_ diastolik mm/Hg
- Pemeriksaan Klinikal Payudara : Normal / Tidak Normal : \_\_\_\_\_
- Pap Smear : \_\_\_\_\_
- Lain-lain pemeriksaan yang berkaitan : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**C. UJIAN MAKMAL**

- Glukosa Darah :
  - Rawak (Random) \_\_\_\_\_ mmol/l
  - atau
  - Puasa (Fasting) \_\_\_\_\_ mmol/l
- Lipid Serum :
  - Total Cholesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

Nota : Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**

Adalah disahkan bahawa pegawai seperti dibawah telah menjalankan pemeriksaan di klinik ini dan perlu / tidak perlu\* mendapatkan rawatan lanjut :

**NAMA :**

**NO. KAD PENGENALAN :**

**UMUR :**

**JAWATAN :**

Tarikh : \_\_\_\_\_ Masa : \_\_\_\_\_

Tandatangan Pegawai Perubatan : \_\_\_\_\_

Nama dan Cop Rasmi :

*(\* potong mana yang tidak berkenaan)*

**BORANG PERMOHONAN  
PEMERIKSAAN KESIHATAN  
(Disediakan dalam 2 salinan)**

**A. MAKLUMAT PEGAWAI**

Nama : \_\_\_\_\_

Tarikh Lahir / Umur : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

**B. PENGESAHAN KETUA JABATAN**

**Pegawai ini disahkan layak mendapat kemudahan pemeriksaan Kesihatan di bawah Pekeliling  
Perkhidmatan Bil : 3 Tahun 2003**

Tanda Tangan : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Cop Jabatan : \_\_\_\_\_