



**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**  
**REPORT OF HEALTH EXAMINATION**

LEKATKAN  
 GAMBAR  
 ANDA DISINI/  
 Photo

Untuk diisi oleh pemohon dan diserahkan pada hari pendaftaran  
 To be completed by candidate and submit on the registration day.

**Bahagian 1/Part 1**

**Sesi Kemasukan/Intake**

   

**Kod Program/Course Code**

    

Seperti dalam surat tawaran/As in offer letter

**Kampus/Campus**

       

**No. Pelajar/Registration No.**

         

**Nama Penuh/Full Name**

                    

**No. Kad Pengenalan/Passport/Identity Card/Passport No:**

             

**Kewarganegaraan/Nationality**

         

**Tarikh Lahir/Birthdate**

       

**Jantina/Sex**

        

**Taraf Perkahwinan/Marital Status**

     

**Nama Ibu/Bapa/Penjaga/Name of Guardian**

                    

**Alamat Ibu/Bapa/Penjaga/Postal Address**

No. Telefon Rumah/Bimbit/No. Telefon Pejabat/House Phone No/Handphone No/Office Telephone No

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Bahagian 2 – Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan**

Part 3 – Please tick (/) the relevant box

<b>PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA</b> ( <i>Certification of Own and Family Illness</i> )			
	<b>Sendiri</b> <i>Self</i>	<b>Keluarga</b> <i>Family</i>	<b>Kalau 'ada' terangkan di bawah</b> <i>If 'yes' please state disease &amp; treatment received</i>
Penyakit Teruk ( <i>Serious illness</i> )			
Pembedahan ( <i>Operation</i> )			
Batuk Kering ( <i>Tuberculosis</i> )			
Kencing Manis ( <i>Diabetes</i> )			
Penyakit Otak ( <i>Mental Illness</i> )			
Lemah Jantung, Penyakit Saluran Darah, Darah Tinggi ( <i>Heart/Arterial Disease</i> )			
Lelah atau Alahan ( <i>Asthma or Allergy</i> )			
Penagihan Dadah ( <i>Drug Addiction</i> )			
HIV/AIDS			
Kanser ( <i>Cancer</i> )			
Buah Pinggang ( <i>Kidney Disease</i> )			
Kecacatan anggota			
Lain-lain Penyakit ( <i>Other illness</i> )			

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

\_\_\_\_\_  
Tandatangan  
(*Signature of Candidates*)

**Bahagian 3 Part 3**

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

**Tandakan yang berkaitan** \_\_\_\_\_  
*Tick as relevant*

**1. Pemeriksaan Air Kencing/Examination of Urine**

Gula/Sugar

Albumin

Microscopy \_\_\_\_\_

**Bahagian 4 Part 4**

**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    cm Berat/Weight    kg

Nadi/Pulse    BP       mmHg

a) PALLOR

b) CYNOSIS

c) OEDEMA

d) JAUNDICE

e) LYMPHNODES

f) SKIN \_\_\_\_\_

**2. Pemeriksaan Mata**  
*Examination of eye*

Kanan kiri Catatan Doktor

a) Penglihatan tanpa kacamata   \_\_\_\_\_  
*Unaided vision*

b) Penglihatan dengan kacamata   \_\_\_\_\_  
*Aided vision*

c) Fundoscopy   \_\_\_\_\_

d) Penglihatan warna   \_\_\_\_\_  
*Colour vision*

**3. Pemeriksaan telinga**  
*Examination of ears*

NORMAL   
 ABNORMAL  \_\_\_\_\_

**4. Ruang Mulut**  
*Oral Cavity*

NORMAL   
 ABNORMAL  \_\_\_\_\_

**5. Jantung**  
*Heart*

NORMAL   
 ABNORMAL  \_\_\_\_\_

**6 a. Sistem Respiratori**  
*Respiratory System*

NORMAL   
 ABNORMAL  \_\_\_\_\_

b. \* X-Ray

NORMAL  
ABNORMAL

  

\_\_\_\_\_

- Lampiran X-Ray dada serta laporan (filem besar)/Attach chest X-Ray and report (large film)

Tarikh X-Ray/Date X-Ray

No. Rujuk X-Ray

X-Ray Ref. No.

Tempat/Place

7. **Abdomen & Rongga Herna**  
*Abdomen & Hernial Orifices*

NORMAL  
ABNORMAL

  

\_\_\_\_\_

8. **Sistem Saraf dan Mental/**  
*Nervous System & Mental Condition*

NORMAL  
ABNORMAL

  

\_\_\_\_\_

9. **Sistem Muskuloskeletal/**  
*Musculoskeletal System*

NORMAL  
ABNORMAL

  

\_\_\_\_\_

10. **Lain-lain/others**

NORMAL  
ABNORMAL

  

\_\_\_\_\_

### Bahagian 5 Part 5

#### PENGESAHAN DOKTOR/CERTIFICATION BY DOCTOR

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

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / *I certify that on this day I have examine* \_\_\_\_\_

No K/P//C No: \_\_\_\_\_ dan mendapati bahawa / *and found that*

**Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat**  
*The above name is in good health*

**Beliau mengidap**

*The above name has* \_\_\_\_\_

**Beliau sedang mendapat rawatan**

*The above name is undergoing treatment* \_\_\_\_\_

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

Tandatangan Doktor \_\_\_\_\_  
Signature of Doctor

Nama Doktor \_\_\_\_\_  
Name of Doctor

Kelulusan & Cop Rasmi Klinik \_\_\_\_\_  
Qualification & official stamp of clinic

Nama	:	_____
No Pelajar	:	_____
No IC / Paspot	:	_____
Kod Kursus	:	_____

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

**Pegawai Kesihatan/Perubatan**  
*Medical Officer/Student Health Physician*  
**UNIVERSITI TEKNOLOGI MARA**  
**40450 SHAH ALAM**  
**SELANGOR DARUL EHSAN.**

Saya \_\_\_\_\_ Nombor Kad  
Pengenalan \_\_\_\_\_ bapa/lbu/penjaga kepada (Nama Calon)

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

*Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia 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 mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UiTM jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

*I will absolve the UiTM of any claims or responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.*

**Nama Bapa/Ibu/Penjaga**  
*Name of Father/Mother/Guardian*

\_\_\_\_\_

**Alamat**  
*Address*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombor Telefon:** \_\_\_\_\_  
*Telefon No :*

**Yang benar**  
*Yours Faithfully*

\_\_\_\_\_  
**Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga**  
*Signature of Father/Mother/Guardian*

**Tarikh :** \_\_\_\_\_  
*Date :*