



## BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN PELAJAR

BORANG INI PERLU DIISI DAN DISAHKAN OLEH DOKTOR YANG BERTAULIAH.

SILA TANDA (/) DAN ISIKAN MAKLUMAT KESIHATAN BERIKUT.

YA TIDAK

A. Pernahkah anda menghidap penyakit-penyakit berikut?

(Jika pernah, sila beri tarikh, penjelasan dan jangka penyakit)

i. Mabuk, gila babi, sawan, penyakit otak atau otot, selalu pitam.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

ii. Sakit dalam dada, sukar bernafas, jantung berdebar, sakit jantung atau darah tinggi.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

iii. Demam paru-paru, demam selaput dada, lelah, lain-lain penyakit dada atau paru-paru.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

iv. Kudis dudinam dan dinding perut, hati atau usus

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

v. Sengal, sengal urat.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

vi. Sakit kuning

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

vii. Penyakit buah pinggang atau penyakit saluran kencing.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

viii. Kerosakan tulang belakang, tulang atau sakit belakang.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

ix. Sakit kulit atau sakit kaki.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

x. Sakit hidung, tekak atau mata.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

xi. Pekak atau penyakit telinga.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

xii. Kencing manis.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

xiii. Siflis atau batu karang.

Jika YA : \_\_\_\_\_

 

xiv. Pernah menjalani pembedahan.

Jika YA : \_\_\_\_\_

xv. Lain-lain penyakit atau kemalangan selain di atas.

Jika YA : \_\_\_\_\_

B. Pernahkah anda tinggal bersama sesiapa yang menghidap penyakit batuk kering atau kusta dan paru-paru berair?

Jika YA : \_\_\_\_\_

C. Adakah sesiapa di antara saudara mara yang menghidap penyakit batuk kering, kusta, gila babi atau gila?

Jika YA : \_\_\_\_\_

D. Pernahkah anda dirawat oleh mana-mana doktor atau di klinik dalam masa lima (5) tahun yang lalu?

Jika YA : \_\_\_\_\_

E. Pernahkah anda terlibat dengan penyalahgunaan dadah?

Jika YA : \_\_\_\_\_

F. Adakah anda perokok?

Jika YA : \_\_\_\_\_

G. Adakah anda mempunyai alahan terhadap bahan kimia, habuk atau asap?

Jika YA : \_\_\_\_\_

H. Adakah anda selalu dalam keadaan sihat?

Jika YA : \_\_\_\_\_

I. Adakah anda sekarang dalam keadaan sihat?

Jika YA : \_\_\_\_\_

---

Saya mengesahkan bahawa segala butir-butir dan maklumat di atas adalah benar. Saya akui bahawa pihak TAJ International College tidak akan bertanggungjawab dan berhak menamatkan pengajian saya sekiranya terdapat mana-mana jawapan yang diberikan di atas didapati tidak benar pada masa pembelajaran saya di TAJ International College. Saya juga memberi kebenaran kepada doktor yang memeriksa untuk mengemukakan satu laporan perubatan kepada pihak TAJ International College.

Tandatangan Pelajar : \_\_\_\_\_

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

No. K/P Pelajar : \_\_\_\_\_

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

Ulasan Pegawai Perubatan:

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

Cop Rasmi Klinik / Hospital

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

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

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