Othman Yeop Abdullah Graduate School of Business
Universiti Utara Malaysia

FORM F

GAMBAR UKURAN PASPORT PEMOHON
PASSPORT SIZE PHOTOGRAPH OF APPLICANT

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN (PELAJAR TEMPATAN)

HEALTH EXAMINATION REPORT (FOR LOCAL STUDENT)

SILA ISI DALAM HURUF BESAR/ *PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS*

BAHAGIAN 1: UNTUK DIISI OLEH PEMOHON

PART 1: TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT

TAHUN AKADEMIK/ *ACADEMIC YEAR* ____ / ____

KOD KURSUS/ *COURSE CODE* ____

SEMESTER ____

PUSAT PENGAJIAN/ *SCHOOL*

NO. PENDAFTARAN/*MATRIC (REG. NO.)*

NAMA PENUH/ *FULL NAME*

NO. KAD PENGENALAN/PASPORT / *IDENTITY CARD/PASSPORT NO.*

UMUR/ *AGE*

KEWARGANEGARAAN/ *NATIONALITY*

TARIKH LAHIR/*DATE OF BIRTH*

DD MM YY

LELAKI/*MALE* ☐ PEREMPUAN/*FEMALE* ☐ BUJANG/*SINGLE* ☐ KAHWIN/*MARRIED* ☐

NAMA PENJAGA/*NAME OF GUARDIAN*

ALAMAT PENJAGA/ *POSTAL ADDRESS OF GUARDIAN*

NO. TELEFON RUMAH/ *HOUSE TELEPHONE NO.*

NO. TELEFON PEJABAT/ *OFFICE TELEPHONE NO.*

ALAMAT DEWAN PENGINAPAN/ *RESIDENTIAL HALL ADDRESS*

BAHAGIAN 2: SILA TANDAKAN (P) DI KOTAK YANG BERKENAAN

PART 2: PLEASE TICK (P) THE RELEVANT BOX

Adakah anda/keluarga mengalami:

Have you/family have the following:

		Tidak/ *No*	Ya/ *Yes*
1	Lelah/ *asthma*		
2	Batuk kering/ *Tuberculosis*		
3	Darah tinggi/ *Hypertension*		
4	Sakit jantung/ *Heart diseases*		
5	Kencing manis/ *Diabetes mellitus*		
6	Sakit buah pinggang/ *Kidney disease*		
7	Gila babi/ *Epilepsy*		
8	Sakit jiwa/ *Mental illness*		
9	Penyalahgunaan dadah/ *Drug addiction*		
10	Kecacatan anggota/ *Deformity*		
11	Kanser/ *Cancer*		
12	Alahan/ *Allergies*		
13	Pembedahan/ *Operations*		

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

……

Tanda tangan/ *Signature of Applicant*

Tandakan yang berkaitan/ *Tick as relevant*	✓

BAHAGIAN 3: UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA

PART 3: TO BE FILLED BY THE EXAMINING DOCTOR

1 PEMERIKSAAN UMUM/ *GENERAL EXAMINATIONS*

TINGGI/ *HEIGHT* ☐☐☐ sentimeter

BERAT/ *WEIGHT* ☐☐☐ kilogram

NADI/ *PULSE* ☐☐☐ seminit

BP ☐☐☐☐☐☐☐ mmHg

a. PALLOR ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

b. CYANOSIS ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

c. OEDEMA ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

d. JAUNDICE ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

e. LYMPHNODES ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

f. SKIN ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak/ *No*

2 PEMERIKSAAN MATA/ *EXAMINATION OF EYES*

		KANAN	KIRI	CATATAN DOKTOR *Verification of doctor's finding*
a.	PENGLIHATAN TANPA KACA MATA/ *UNAIDED VISION*	☐	☐	_____
b.	PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA *AIDED VISION*	☐	☐	_____
c.	PENGLIHATAN WARNA *COLOUR VISION* — NORMAL / ABNORMAL	☐ / ☐		_____
d.	FUNDOSKOPI *FUNDOSCOPY* — NORMAL / ABNORMAL	☐ / ☐		_____

3 PEMERIKSAAN TELINGA *EXAMINATION OF EAR* — NORMAL ☐ / ABNORMAL ☐ _____

4	RUANG MULUT *ORAL CAVITY*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
5	JANTUNG *HEART*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
6	a. SISTEM REPIRATORI *REPIRATORY SYSTEM*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
	b. *X-RAY	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____

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

TARIKH X-RAY/ *X-RAY DATE*

TEMPAT/ *PLACE*

NO. RUJUKAN X-RAY/ *X-RAY REF. NO*.

LMP (*Last Menstrual Perio*d) - Perempuan sahaja/ *Female onl*y

7	ABDOMEN & RONGGA HERNIA *ABDOMEN & HERNIAL ORIFICES*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
8	SISTEM SARAF & MENTAL *NERVOUS SYSTEM & 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*

a. GULA ☐ b. ALBUMIN ☐ c. MICROSCOPY _____

SUGAR _____

BAHAGIAN 5: PENGESAHAN DOKTOR

PART 5: DOCTOR'S VERIFICATION

Sila tandakan (✓) di dalam kotak yang berkenaan.

Please tick (✓) in the appropriate box

Saya mengesahkan pada hari ini saya telah memeriksa/ *I certify that I have this day examine*d

_____ No. KP/*IC No*. _____

dan mendapati bahawa/ *and found tha*t:

☐ Beliau tidak menghidapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat/ The above name is in good health

☐ Beliau menghidapi/ *The above named has*

_____

_____

☐ Beliau sedang mendapat rawatan/ *The above named is undergoing treatment*

_____

_____

Tarikh/
Date: _____

Tandatangan Doktor/ _____

Signature of Doctor

Nama
Doktor/ _____

Name of Doctor

Kelulusan dan cop rasmi klinik/ _____

Qualification and official stamp of clinic