



**PEMERIKSAAN PERUBATAN/PERGIGIAN UNTUK MENGIKUT KURSUS KEMAHIRAN DI INSTITUSI  
LATIHAN JABATAN TENAGA MANUSIA, KEMENTERIAN SUMBER MANUSIA**

Calon hendaklah mengisi borang ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan ketika membuat pemeriksaan perubatan di mana-mana **Hospital/Klinik Kerajaan atau swasta**. Calon adalah bertanggungjawab memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam surat ini. Sekiranya dengan sengaja tiada memberikan keterangan yang betul, calon boleh ditarik balik tawaran latihan dan biasiswa/pinjaman latihan.

Nama Penuh : .....

No. Kad Pengenalan : .....

Alamat : .....

Tarikh Lahir : ..... Umur : .....

Status : Bujang / Berkahwin

Sudahkah tuan/puan ditanam cacar dengan sepenuhnya? (Ya / Tidak)

Jika sudah, sebutkan tarikh akhir anda ditanam cacar : .....

*(Ruangan ini perlu diisi oleh calon)*

**Adakah tuan/puan mengidap :**

- a) Air ludah berdarah, lelah, sakit menyucuk (pleurisy), atau apa-apa penyakit. ( Ya / Tidak )
- b) Sengal-sengal, bengkak kaki, pitam atau burut? ( Ya / Tidak )
- c) Sakit saraf, mereng atau gila babi? ( Ya / Tidak )
- d) Penyakit yang lain atau kecederaan diri yang mudarat? ( Ya / Tidak )
- e) Adakah tuan/puan pernah diperiksa oleh Lembaga Perubatan? Jika ada, sila beri butiran ( Ya / Tidak )

---

**Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas ini benar dan lengkap:-**

Tarikh : ..... Tandatangan : .....

INGATAN : Jika tuan/puan pernah memakai cermin mata bagi sebarang kegunaan, tuan hendaklah membawanya bersama-sama untuk diperiksa oleh Pegawai Perubatan.

---

**PEMERIKSAAN PERUBATAN/PERGIGIAN (Diisi oleh Pegawai Perubatan)**

Pegawai Perubatan yang memeriksa diminta mengisi ruangan di bawah ini :

---

**1. MAKLUMAT PELAJAR**

- a) Adakah tuan kenal pemohon ini : ( Ya / Tidak )
- b) Adakah pernah tuan mengubatinya? ( Ya / Tidak )  
Jika pernah, apa penyakitnya? .....
- c) Tinggi / Berat  cm  kg
- 

**2. PEMERIKSAAN MATA**

- |   | <b>KANAN</b>   | <b>KIRI</b>    |
|---|----------------|----------------|
| a) Adakah pemohon rabun warna?                              | ( Ya / Tidak ) | ( Ya / Tidak ) |
| b) Penglihatan (tiada memakai cermin mata)                  | .....          | .....          |
| c) Penglihatan (memakai cermin mata)                        | .....          | .....          |
| d) Periksa Bahagian Dalam mata (jika perlu)                 | ( Ya / Tidak ) | ( Ya / Tidak ) |
| e) Adakah sama besar anak matanya?                          | ( Ya / Tidak ) | ( Ya / Tidak ) |
| f) Bolehkah anak matanya melihat cahaya?                    | ( Ya / Tidak ) | ( Ya / Tidak ) |
| g) Bolehkah anak matanya melihat benda yang dekat dan jauh? | ( Ya / Tidak ) | ( Ya / Tidak ) |
- 

**3. PEMERIKSAAN TELINGA**

- |                             | <b>KANAN</b>     | <b>KIRI</b>      |
|-----------------------------|------------------|------------------|
| a) Adakah telinga bermanah? | ( Ya / Tidak )   | ( Ya / Tidak )   |
| b) Keadaan anak telinga     | ( Baik / Tidak ) | ( Baik / Tidak ) |
| c) Keadaan Pendengaran      | ( Baik / Tidak ) | ( Baik / Tidak ) |
- 

**4. PEMERIKSSAN GIGI**

- a) Adakah mengalami kerosakan gigi yang teruk? ( Ya / Tidak )
- b) Gigi palsu ( Ya / Tidak )
- 

**5. PEMERIKSAAN DADA**

- a) Adakah sifatnya yang luar biasa? ( Biasa / Luar Biasa )
- b) Bila tarik nafas, adakah penarikan nafasnya biasa? ( Biasa / Luar Biasa )
- c) Samakah besar kedua-dua belahnya? ( Sama / Tidak Sama )
- d) Bunyi ketukan (Percussion) ( Normal / Tidak )
- e) Bunyi jantung, paru-paru dan lain-lain (Auscultation) ( Normal / Tidak )
- f) Penyata gambar x-ray ( Normal / Tidak )
-

---

**7. KEADAAN JANTUNG**

- a) Rentaknya (Rhythm) ( Normal / Tidak )
- b) Bunyi di sebelah atas jantung ( Normal / Tidak )
- c) Tempat berbunyi sebelah jantung ( Normal / Tidak )
- d) Adakah berubah besarnya? ( Ya / Tidak )
- e) Adakah apa-apa bunyi mendenyut di dalam? ( Ya / Tidak )
- f) Ujian tahan bersenam (jika perlu) ( Ya / Tidak )

---

**8. NADI**

- a) Berapa kadarnya .....
- b) Denyutnya ( Normal / Tidak )
- c) Apa-apa tanda perubahan urat nadi .....

---

**9. TEKANAN DARAH**

- a) Masa jantung itu kuncup (Systolic) .....
- b) Masa jantung itu kembang (Diastolic) .....

---

**10. PERIKSA AIR KENCING**

- a) Dadah ( Negatif / Positif )
- b) Albumin ( Negatif / Positif )
- c) Gula ( Negatif / Positif )
- d) Acetone ( Negatif / Positif )

---

**11. PEMERIKSAAN KAJI SARAF DAN MENTAL**

- a) Keadaan sentak lutut ( Normal / Tidak )
- b) Keadaan sentak pergelangan kaki ( Normal / Tidak )
- c) Keadaan Mental ( Normal / Tidak )
- d) Percakapan / Pertuturan ( Normal / Tidak )

- 
- 12. Jika perempuan, adakah pernah hamil / sedang hamil? ( Ya / Tidak )
- 

Lain-lain pemeriksaan lagi yang difikirkan mustahak oleh pegawai yang memeriksa untuk dijalankan:

.....

**Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa:**

Nama Pelajar : ..... No. K/P: .....

dan saya dapati beliau \*sesuai / tidak sesuai mengikuti latihan di Institusi Latihan Jabatan Tenaga Manusia dan tinggal di asrama serta boleh mengikuti sebarang aktiviti ko-kurikulum dan program amali yang dijalankan.

*\*Potong mana yang tidak berkenaan*

Tandatangan : .....

Nama : .....

Kelayakan : .....

Jawatan : .....

**(BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN INI HENDAKLAH DIBAWA BERSAMA KETIKA MELAPOR DIRI)**