



### **BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN**

Sila tandakan ( ✓ ) di ruangan **YA** atau **TIDAK**. Jika **ADA**, sila nyatakan rawatan dan ubat-ubatan yang diterima serta tempoh rawatan dalam ruang catatan.

BIL	PERKARA	YA	TIDAK	CATATAN
1	Adakah anda sedang menerima rawatan? Jika ADA, sila nyatakan.			
2	Pernahkah anda menghidap penyakit berikut?			
a.	Masalah pening, pitam atau pingsan ( <i>Dizziness, blacked out or fainting</i> )			
b.	Sawan dan kelumpuhan ( <i>Fits, epilepsy or paralysis</i> )			
c.	Selalu sakit kepala, migrain ( <i>Frequent headache, migraine</i> )			
d.	Gangguan mental, sakit jiwa ( <i>Mental, psychiatric illness</i> )			
e.	Kencing manis ( <i>Diabetes</i> )			
f.	Tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah ( <i>High or low blood pressure</i> )			
g.	Penyakit jantung dan saluran darah ( <i>Cardiovascular diseases</i> )			
h.	Demam berpanjangan ( <i>Prolonged fever</i> )			
i.	Tibi, radang paru-paru ( <i>Dry cough, tuberculosis or other lung infection</i> )			
j.	Batuk berterusan lebih dari 2 minggu dalam masa 6 bulan kebelakangan ( <i>Cough more than 2 weeks for the past 6 months</i> )			
k.	Gastrik atau kerap sakit perut ( <i>Gastritis, abdominal pain</i> )			
l.	Masalah buah pinggang & kencing ( <i>Kidney &amp; urinary problems</i> )			
m.	Pernah menjalani sebarang pembedahan ( <i>Any medical operation</i> )			
n.	Pernahkah mengambil dadah ( <i>Substance used</i> )			
o.	Angin pasang ( <i>Hernia</i> ) – jika berkaitan			
p.	<i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)</i> – jika berkaitan			
q.	Penyakit Kelamin <i>Syphilis</i> ( <i>Sexually Transmitted Disease (STD)</i> ) – jika berkaitan			
r.	Pernahkah anda dirawat penyakit puan ( <i>Gynaecological treatment</i> ) – jika berkaitan			
s.	Lain-lain penyakit untuk diberitahu ( <i>Other Illnesses</i> )			

**Ulasan/ Perakuan Pegawai Perubatan:****SURAT AKUAN KESIHATAN**

Pendaftar Institusi Pendidikan,  
Jabatan Pendidikan Selangor,  
Jalan Jambu Bol 4/3E, Seksyen 4,  
40604 Shah Alam, Selangor.  
(u.p: Sektor Pendidikan Swasta dan Pendidikan Khas)

**AKUAN KESIHATAN**

Disahkan bahawa saya telah memeriksa Encik/ Puan/ Cik: \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_ Dan mendapati beliau:

- i. Sihat tubuh badan
- ii. Tanpa penyakit seperti berikut :
  - a) Lelah (*asthma*)
  - b) Penyakit Jantung
  - c) Leukemia
  - d) HIV/AIDS
  - e) Tuberculosis
  - f) Penyakit kelamin (*Syphilis*) dan
  - g) Penyakit berjangkit yang lain

Untuk memenuhi keperluan Jabatan tuan.

**ATAU** (Jika tidak berkenaan seperti penyakit di atas):

Beliau didapati:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Tandatangan, Nama dan Cap Rasmi  
Pegawai Perubatan

\_\_\_\_\_  
Tarikh