



LAPORAN KESIHATAN PEGAWAI

BUTIR-BUTIR PEGAWAI

Nama Pegawai

Alamat

No. Telefon (R)

No. Telefon (HP)

No. Kad Pengenalan

Tarikh Lahir

SEJARAH KELUARGA (Dilengkapkan oleh Pegawai)

	Nama	Hidup/ Umur	Meninggal / Tahun	Sebab Meninggal
Bapa				
Ibu				
Adik - Beradik				

(A) Adakah ahli keluarga anda pernah menghidap penyakit berikut :

	YA		TIDAK	
Alergi / Lelah	[]	[]
Kencing Manis	[]	[]
Jantung	[]	[]
TB / Kusta	[]	[]
Buah Pinggang	[]	[]
Sakit Jiwa	[]	[]
Sawan	[]	[]

Lain-lain : (sila nyatakan)

SEJARAH PERIBADI *(Dilengkapkan oleh Pegawai)*

		YA	TIDAK
Pernah anda	a. Menghidap penyakit seperti dinyatakan di (A) Jika pernah nyatakan	[]	[]
		_____	_____
	b. Dimasukkan ke wad. Jika pernah nyatakan	[]	[]
		_____	_____
	c. Menjalani pembedahan Jika pernah nyatakan	[]	[]
	_____	_____	
	d. Mengalami alergi / ubat tidak sesuai Jika pernah nyatakan	[]	[]
		_____	_____
	e. Dihadapkan ke Lembaga Perubatan / Ditolak permohonan Insurans	[]	[]
		[]	[]

Senaraikan jenis ubat yang anda pernah / sedang gunakan, jika ada :

Lain-lain maklumat :

Saya mengaku bahawa segala keterangan yang diberikan adalah benar :

.....
Tandatangan

Tarikh

PEMERIKSAAN (Dilengkapi oleh Pegawai Perubatan)

Tinggi :

Berat :

MATA	Penglihatan : _____	_____	Anak Mata : _____
	Tanpa Cermin : _____	_____	Konj/Sclera : _____
	Dengan Cermin : _____	_____	Fundus : _____
	Warna : _____	_____	
HIDUNG	Lubang : _____		MULUT : _____
	Sept/ Turb : _____		KERONGKONG : _____
	Sinus : _____		GIGI : _____
TELINGA	Saluran : _____		
	Gegendang : _____		
	Pendengaran : _____		
Laporan X- ray :			
LEHER	Tiroid : _____		
	Trachea : _____		
DADA	Bentuk : _____		
	Pengembangan : _____		
	Ketukan : _____		
	Akulturasi : _____		
	Laporan : _____		
Laporan X-ray			
JANTUNG	Tekanan Darah : _____ mmHg		Rentak : _____
	Nadi : _____ /min		Murmur : _____
ABDOMEN	Bentuk/ Parut : _____		Ketukan : _____
	Lubang Hernia : _____		Akulturasi : _____
	Bengkak L/S/K : _____		
URAT SARAF	Kelakuan : _____		Sistem Motor : _____
	Kecerdasan : _____		Sensori : _____
	Pertuturan : _____		Refleksi : _____
LAIN - LAIN			
PEMERIKSAAN / KECATATAN			

