

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN REPORT OF HEALTH EXAMINATION

Rakyat Management Services Sdn Bhd
Rakyat Management Services Sdn Bhd, Tingkat 11, Menara 2, Menara Kembar Bank Rakyat,
Jalan Rakyat, KL Sentral, 50470 Kuala Lumpur

Bahagian 1 <i>Part 1</i>	Biodata <i>Biodata</i>
MAKLUMAT PEKERJA	
1. Nama/ <i>Name</i>	
2. No. Kad Pengenalan/ <i>Identity Card No</i>	3. Tarikh Lahir/ <i>Birthdate</i> :
4. No Pasport/ <i>Passport No</i>	5. Warganegara/ <i>Nationality</i> :
6. Taraf Perkahwinan/ <i>Marital Status</i>	7. Jantina/ <i>Gender</i> :
8. No Tel. Bimbit/ <i>HP No</i>	9. E-mel/ <i>E-mail</i> :
MAKLUMAT SUAMI / ISTERI	
1. Nama/ <i>Name</i>	
2. No Tel. Bimbit/ <i>HP No</i>	
3. Alamat/ <i>Postal Address</i>	

Bahagian 2

Part 2

Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan

Please tick (/) the relevant box

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI			
	Ya Yes	Tidak No	Catatan Note
Pembedahan (Operation)			
Batuk Kering (Tuberculosis)			
Kencing Manis (Diabetes)			
Penyakit Psikiatrik (Psychiatric Illness)			
Lemah Jantung, Penyakit Saluran Darah, Darah Tinggi (Heart/Arterial Disease)			
Lelah atau Alahan (Asthma or Allergy)			
Penagihan Dadah (Drug Addiction)			
HIV/AIDS			
Kanser (Cancer)			
Buah Pinggang (Kidney Disease)			
Kecacatan anggota (Physical disabilities)			
Lain-lain Penyakit (Other illness)			

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar

(I hereby certify that the information given above is correct)

Tandatangan

(Signature of Candidates)

Bahagian 3
Part 3

Diisi oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa
To be filled by examining Medical Officer

1. ANTHROPOMETRY			
Tinggi/Height : _____m	Tekanan Darah/ : _____mmHg		
Berat/Weight : _____kg	<i>Blood pressure</i>		
BMI : _____kg/m ²	Nadi/ Pulse rate : _____/ min		
Pemeriksaan Mata/ Vision test:		Ujian Rabun Warna/ Colour blind test:	
Unaided : (R) _____(L) _____		NORMAL / ABNORMAL	
Aided : (R) _____(L) _____		_____	
2. PHYSICAL EXAMINATION			
ITEMS	YES	NO	COMMENT
a. Deformities			
b. Pallor			
c. Cyanosis			
d. Jaundice			
e. Oedema			
f. Skin Diseases			
3. SYSTEMIC EXAMINATION			
ITEMS	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a. Eyes (including funduscopy)			
b. Ears			
c. Nose			
d. Oral cavity / throat			
e. Neck			
f. Heart			
g. Lungs			
h. Abdomen / hernia orifices			
i. Nervous system			
j. Mental condition			
k. Musculoskeletal system			

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN *REPORT OF HEALTH EXAMINATION*

Bahagian 4 <i>Part 4</i>		Pemeriksaan Makmal <i>Lab investigations</i>	
URINE TEST			
ITEMS		RESULT	
a. Albumin			
b. Sugar			
c. Microscopic			

**LAPORAN PEMERIKSAAN
KESIHATAN**
REPORT OF HEALTH

Bahagian 5
Part 5

Pengesahan Pegawai Perubatan
Certification by Medical Officer
Sila tandakan di dalam kotak berkenaan
Please tick in the appropriate box.

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

No K/P/ I/C
No: _____

dan mendapati bahawa / and found that

☐

Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat

The above name is in good health

☐

Beliau mengidap

The above name has _____

☐

Beliau sedang mendapat rawatan

The above name is undergoing treatment _____

Nama Pegawai Perubatan
Name of Medical Officer

No. Pendaftaran MMC
MMC Registration No

Tarikh
Date

Kelulusan & Cop Rasmi
Klinik
*Qualification & official stamp
of clinic*

