

Bahagian 5 : BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN - DILENGKAPKAN DAN DITANDATANGANI OLEH PELATIH

Section 5 : MEDICAL FITNESS FORM - TO BE COMPLETED AND SIGNED BY APPLICANT

Pelatih hendaklah mengisikan borang ini dengan lengkap dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan semasa membuat pemeriksaan, berserta dengan Surat Pengesahan dan Dokumen Perubatan yang berkenaan.

The trainee must complete the form below in details and hand it over to the Medical Officer at the time of examination, together with the accompanying Letter of Authority and relevant Medical Documents.

Pelatih adalah bertanggungjawab atas segala ketepatan keterangan-keterangan didalam borang ini dengan penuh kerelaan dan akan bertanggungjawab terhadap penyakitnya sendiri.

The trainee must held responsible of accuracy of the statements herein and by willfully suppressing any information the candidate will be held responsible for their own ailments.

Adakah awda pernah mengalami: / Have you ever in your life, had any of the followings:

No.	Soalan/Questions	Ya Yes	Tidak No	Jika Ya, Sila terangkan If Yes, please give details
1	Sakit Dada/Tekanan Darah Tinggi/Jantung Mendesir/ Denyutan Jantung Berlebihan <i>Chest Pain/High Blood Pressure/Heart Murmur/Extra Heart Beat/Other Heart Abnormality</i>			
2	Ampus/Jangkitan Paru-Paru/Batuk Kering/Lain-Lain Masalah Paru-Paru <i>Asthma/Bronchitis/Tuberculosis/Other Lung Problems</i>			
3	Masalah Buah Pinggang <i>Kidney Problems</i>			
4	Sawan/Epilepsi/Jatuh Pengan/Sakit Kepala yang kerap/Pening yang kerap <i>Fits/Epilepsy/Fainting Attacks/Frequent Headaches/ Frequent Dizziness</i>			
5	Gangguan Dalam Darah seperti Thalassaemia Major/ Haemophilia <i>Blood Disorders e.g. Thalassaemia Major/Haemophilia</i>			
6	Kurang Penglihatan/Buta Warna/Lain-Lain Masalah Mata <i>Poor vision/Colour Blind/Other Eye Problems</i>			
7	Kurang Pendengaran/Pakak <i>Poor Hearing/Deafness</i>			
8	Kecedaran Tulang atau Sendi dalam masa 1 tahun/ Sajahan/Sakit Sendi <i>Recent Bone or Joint Injury within the last 1 year/Gout/ Joint Pains</i>			
9	Kencing Manis <i>Diabetes</i>			
10	Panik <i>Panic Attacks</i>			
11	Alahan kepada Ubat-Ubatan <i>Allergic to Medicines</i>			
12	Penyakit Berjangkit seperti Hepatitis/HIV/Jangkitan Sexually Transmitted <i>Infectious Diseases e.g. Hepatitis/HIV/Sexually Transmitted Infections</i>			
13	Pembedahan dalam masa 1 tahun yang lalu <i>Surgery within the last 1 year</i>			
14	Rawatan Perubatan dalam 2 tahun yang lepas <i>Regular Medical Treatment within the last 2 years</i>			
15	Mengandung (Untuk Perempuan) <i>Preganancy (For Female)</i>			
16	Lain-Lain <i>Others</i>			

Saya mengisytiharkan bahawa semua jawapan yang tersebut diatas adalah betul dan lengkap.

I hereby declare that the answers given above are true and in details.

.....
Tandatangan Pelatih/Signature of Trainee

.....
**Tandatangan Ibumapa/Penjaga/Signature of
Parent/Guardian**

.....
Tarikh/Date

Bahagian 6 : PEMERIKSAAN DAN PENGESAHAN PERUBATAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN
SECTION 6 : MEDICAL CHECK AND CERTIFICATION BY MEDICAL OFFICER

No	Sistem System	Keputusan Findings	Catatan (Hanya akan di isi apabila memerlukan tindakan selanjutnya) Remarks (only to be filled in when further management is needed)
1	a Tinggi/Height (cm)		
	b Berat Badan/Weight (kg)		
	c BMI		
STATUS SUNTIKAN/VACCINATION STATUS			
2	a Hepatitis B		
	b Salesma/Flu		
	c Kancing Gigi/Tetanus		
PEMERIKSAAN MATA/ EXAMINATION OF EYES		RIGHT	LEFT
3	a Penglihatan (Tanpa Pembetulan/Vision (Uncorrected)		
	b Penglihatan (Pembetulan dengan kaca- mata)/Vision (Corrected with glasses)		
	c Fundus		
	d Colour Vision		
	e Other Findings		
	f Fit/Unfit		
.....		
Tandatangan Pegawai Perubatan/Signature of Medical Officer		Tarikh/Date	
PEMERIKSAAN TELINGGA/EXAMINATION OF EARS		RIGHT	LEFT
4	a Cuping/Pinna		
	b Auditory Canal		
	c Tympanic Membrane		
	d Hearing		
	e Other Findings		
	f Fit/Unfit		
.....		
Tandatangan Pegawai Perubatan/Signature of Medical Officer		Tarikh/Date	
PEMERIKSAAN GIGI/EXAMINATION OF TEETH		RIGHT	LEFT
5	a Denta Caries		
	b Dental Cavities		
	c Other Findings		
	d Fir/Unfit		
.....		
Tandatangan Pegawai Perubatan/Signature of Medical Officer		Tarikh/Date	
PEMERIKSAAN SISTEM PERNAFASAN/EXAMINATION OF RESPIRATORY SYSTEM			
6	a Kemasukan Udara/Air Entry		
	b Bunyi Nafas/Breath Sounds		
	c Lain-Lain Penemuan/Other Findings		
PEMERIKSAAN SISTEM CARDIOVASCULAR/EXAMINATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM			
7	a Nadi/Pulse (Rate & Rhythm)		
	b Tekanan Darah/Blood Pressure		
	c Bunyi Jantung/Heart Sounds		
	d Lain-Lain Penemuan/Other Findings		
PEMERIKSAAN ABDOMEN/EXAMINATION OF ABDOMEN			
8	a Hati/Liver		
	b Limpa/Spleen		
	c Burut/Hernia Orifices		
	d Lain-Lain Penemuan/Other Findings		

SULIT (Jika Dilengkapkan)
CONFIDENTIAL (When Completed)

No	Sistem System	Keputusan Findings	Catatan (Hanya akan di isi apabila memerlukan tindakan selanjutnya) Remarks (only to be filled in when further management is needed)
PEMERIKSAAN SISTEM SARAF/EXAMINATION OF NERVOUS SYSTEM			
9	a Lenggang/Gait		
	b Refleks/Reflexes		
	c Tenaga/Power		
	d Lain-Lain Penemuan/Other Findings		
PEMERIKSAAN SISTEM MUSCULOSCLERETAL/EXAMINATION OF MUSCULOSCLERETAL SYSTEM			
10	a Anggota Badan Atas/Upper Limbs		
	b Anggota Badan Bawah/Lower Limbs		
	c Tulang Belakang/Spine		
	d Lain-Lain Penemuan/Other Findings		
11	Kulit/Skin		
12	Tiroid/Thyroid		
13	Pemeriksaan yang lainnya (Sila terangkan) Any Other examinations (Please state)		
X - RAY DADA / CHEST X-RAY			
14	a No. X-ray/X-ray No.		
	b Laporan X-ray/X-ray Report		
..... Tandatangan Pegawai Perubatan/Signature of Medical Officer	 Tarikh/Date	
AIR KENCING / URINE			
15	a ME		
	b Ujian Kehamilan/Pregnancy Test		
	c Ujian Dadah/Drug Screening		
DARAH / BLOOD			
16	a Hb		
	b Urea		
	c Random Blood Sugar		
	d Hepatitis B Surface Antigen		
	e Hepatitis B Antibody		
17	SEHAT / TIDAK SEHAT FIT / UNFIT Nama & tandatangan Pegawai Perubatan beserta Cop Rasmi		
Name & Signature of Medical Officer with Official Stamp	 Tarikh / Date	

Bahagian 7 / Section 7 : PENGISYTIHARAN / DECLARATION

Untuk Pelatih Berumur 18 Tahun dan Keatas Sahaja
For Trainee of Age 18 Years Old and Above Only

Saya mengisytihar dan mengesahkan bahawa segala maklumat serta keterangan yang telah saya berikan di dalam Borang Pendaftaran Pelatih ini adalah lengkap dan benar.
I declare and certify that all the information and details that I have given in this Trainee Registration Form are complete and true.

Nama Pelatih: Name of Trainee:											
Tandatangan Pelatih: Signature of Trainee:						Tarikh: Date:					

Untuk Pelatih Berumur Dibawah 18 Tahun Sahaja
For Trainee Below The Age of 18 Years Old Only

Saya mengisytihar dan mengesahkan bahawa segala maklumat serta keterangan mengenai anak saya yang telah diberikan di dalam Borang Pendaftaran Pelatih ini adalah lengkap dan benar.
I declare and certify that all the information and details pertaining to my child given in this Trainee Registration Form are complete and true.

Nama Ibumapa/Penjaga Pelatih: Name of Trainee's Parent/Guardian:											
Tandatangan Ibumapa/Penjaga Pelatih: Signature of Trainee's Parent/Guardian:						Tarikh: Date:					

Bahagian 8 / Section 8: UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA / FOR OFFICE USE ONLY

Untuk dilengkapkan oleh Urusetia Program Khidmat bakti Negara (PKBN) <i>to be completed by Secretariat of National Service Programme</i>	<p style="text-align: center;">Borang ini telah diterima dan dimasukkan oleh: This form is confirmed received and filed by:</p> Nama / Name Tandatangan / Signature Tarikh / Date Catitan / Remarks
Untuk dilengkapkan oleh Pegawai Perubatan/Pegawai Jururawat Program Khidmat Bakti Negara (PKBN) <i>to be completed by Medical Officer/Nursing Officer of National Service Programme</i>	<p style="text-align: center;">Pengesahan Perubatan/Medical Verification: <input type="checkbox"/> Sihat / Fit <input type="checkbox"/> Tidak Sihat / Unfit</p> Nama / Name Jawatan / Position Tandatangan / Signature Tarikh / Date Catitan / Remarks
Untuk dilengkapkan oleh Bilik Pusat Gerakan, Kem Latihan, Program Khidmat Bakti Negara (PKBN) <i>to be completed by Operation Center of Training Camp, National Service Programme</i>	<p style="text-align: center;">Borang ini telah diterima dan disemak oleh: This form is received and checked by:</p> Nama / Name Jawatan / Position Tandatangan / Signature Tarikh / Date Catitan / Remarks Sokongan/ Recommendation: Tarikh Program/Programme Date/...../..... Hingga/to/...../.....
Untuk dilengkapkan oleh Ketua Unit Program Khidmat Bakti Negara (PKBN) <i>to be completed by Head Secretariat of National Service Programme</i>	<p style="text-align: center;">Penerimaan Latihan / Training Acceptance <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No</p> Tarikh Program/Programme Date/...../..... Hingga/to/...../..... Nama / Name Tandatangan / Signature Tarikh / Date

