



**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN PELAJAR  
(PEMERIKSAAN ASAS TANPA X-RAY DADA)**

KI-SPK-PDF-BRG-PAK

(Am 402 – Pin. 4/87)

**PEMERIKSAAN DOKTOR UNTUK KURSUS SIJIL KEMAHIRAN MALAYSIA  
(SKM)**

(Perintah Am 23 (a) Bab 'A' 1973)

Calon bagi program hendaklah mengisi Bahagian 'A' di bawah ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan pada masa ia diperiksa bersama-sama dengan surat berkenaan yang disertakan ini.

Calon adalah bertanggungjawab memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam borang ini dan jika dengan sengaja calon tiada memberikan apa-apa penerangan ia boleh diberhentikan.

Untuk tujuan pemeriksaan doktor jika tuan/puan pernah memakai cermin mata, tuan/puan hendaklah membawanya bersama. Sila juga membawa kertas-kertas Lembaga Perubatan jika ada.

<b>NAMA DIRI (PENUH) :</b>		
<b>ALAMAT</b>	<b>KURSUS / PROGRAM</b>	<b>NO. KAD PENGENALAN</b>
<b>TARAF PERKAHWINAN</b> <input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<b>TARIKH LAHIR</b>	<b>TEMPAT DILAHIRKAN</b>

**A. PENGAKUAN PEMOHON:**

**1. Adakah tuan/puan mengidap**

**YA      TIDAK**

Jika Ya, nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut

- (a) Kahak Berdarah  
(*Blood Stained Sputum*)                  .....
- (b) Sakit Lelah  
(*Asthma*)                  .....
- (c) Batuk Kering / Tibi                  .....
- (d) Lain-lain penyakit paru-paru  
(*Other diseases of Lungs*)                  .....
- (e) Sengal-sengal Sendi  
(*Joint Pains*)                  .....
- (f) Bengkak Kaki  
(*Swelling of Legs*)                  .....
- (g) Pening Kepala  
(*Giddiness*)                  .....
- (h) Burut  
(*Swelling of Scrotum*)                  .....
- (i) Sawan  
(*Fits*)                  .....
- (j) Kencing Manis                  .....
- (k) Darah Tinggi                  .....
- (l) Ketagihan Dadah                  .....
- (m) Penyakit-penyakit lain atau  
kecederaan diri yang mudarat  
(*any other disease or serious  
personal injury*)                  .....

**2. Keadaan Panca Indera**

**BOLEH      TIDAK**

Jika Ya nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut

- (a) Rasa  
(*Taste*)                  .....
- (b) Bau  
(*Smell*)                  .....

- .....
- (c) Sentuhan  
(*Touch*)                                                  .....
- (d) Penglihatan  
(*Vision*)                                                  .....
- (e) Pendengaran  
(*Hearing*)                                                  .....

**YA      TIDAK**      Jika Ya nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut

3. (a) Adakah pernah tuan/puan  
diperiksa oleh Lembaga  
Perubatan                                                  .....
- (b) Sila nyatakan sama ada  
tuan/puan bersetuju atau  
tidak rekod Lembaga  
Perubatan (jika ada)  
diperiksa oleh Pegawai  
Perubatan yang memeriksa.                                                  .....
- (c) Adakah tuan/puan menerima  
pencen daripada mana-mana  
punca                                                  .....
- (d) Adakah tuan/puan atau mana-  
mana ahli keluarga tuan/puan  
atau saudara mara terdekat  
pernah atau sedang mengidap  
penyakit jiwa atau penyakit  
turun-temurun yang diketahui                                                  .....

**\*\*      Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas adalah benar dan lengkap.**

(Tandatangan Calon) .....

Saya sahkan bahawa tandatangan di atas adalah tandatangan:

Encik / Cik: .....

Tandatangan Saksi: .....

Nama Saksi: .....

No. Kad Pengenalan Saksi: .....

Alamat: .....

.....  
Tarikh: .....

**B. BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA**

- 1. (a) Nama Pegawai Perubatan yang memeriksa : .....
- (b) Jawatan : .....
- (c) No. Kad Pengenalan : .....
- (c) Tarikh Pemeriksaan : .....
- (d) Nama Hospital : .....

- |   |                          |                          |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
|   | <b>YA</b>                | <b>TIDAK</b>             | Jika Ya nyatakan butir-butir selanjutnya |
| 2. (a) Adakah tuan/puan mempunyai pertalian keluarga dengan pemohon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                                    |
| (b) Adakah pernah tuan/puan mengubatinya                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                                    |

.....  
(Tarikh)

.....  
(Tandatangan)

**C. BUTIRAN –BUTIRAN YANG DIPERIKSA**

Pegawai-pegawai Perubatan yang memeriksa dikehendaki memeriksa pemohon itu seluruhnya dan menyiapkan penyata yang di bawah ini dengan tepat.

1. **TINGGI / BERAT**                  **Catatan Doktor**

2. **PEMERIKSAAN MATA**      **KANAN**      **KIRI**

(a) Penglihatan tanpa alat pandang

(seperti kaca mata,  
kanta sentuhan)  
(*Unaided Vision*)

- (b) Penglihatan dengan  
alat pandang (seperti  
kaca mata, kanta  
sentuhan)  
(*Aided Vision*)



.....

- (c) Penglihatan warna  
(*Colour Perception*)

Biasa		Biasa	
Tidak Biasa		Tidak Biasa	

.....

- (d) Fundus

Biasa		Biasa	
Tidak Biasa		Tidak Biasa	

.....

### 3. PEMERIKSAAN TELINGA

**KANAN**

**KIRI**

- (a) Adakah telinganya bernanah  
(*Any Ear Discharge*)

Ya		Ya	
Tidak		Tidak	

.....

- (b) Adakah terdapat  
timpanun berlubang  
(*Tympanic Perforation*)

Ya		Ya	
Tidak		Tidak	

.....

- (c) Pendengaran  
(*Hearing*)

Baik		Baik	
Kurang Baik		Kurang Baik	

.....

### 4. PEMERIKSAAN GIGI

Samada beliau ada

**YA**

**TIDAK**

- (a) Kerosakan gigi yang teruk  
(*Advanced Dental Caries*)



.....

- (b) Gigi palsu  
(*Dentures*)



.....

**5. PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG**

Samada beliau pernah mengalami	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	
(a) Pembesaran Tonsil <i>(Enlarge Tonsils)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
(b) Lelangit Bercelah <i>(Cleft Palate)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
(c) Lain-lain abnormality yang teruk <i>(any other severe abnormality)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**6. PEMERIKSAAN NADI**

(a) Kadar Seminit <i>(Rate Per Minute)</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>	.....
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>						
(b) Sifat Denyutan Nadi <i>(Character)</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>	.....
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>						

**7. PEMERIKSAAN DARAH**

Sistolik	MmHg	Diastolik	MmHg
----------	------	-----------	------

.....

**8. PEMERIKSAAN DADA**

(a) Sifatnya	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>	.....
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						
(b) Bila tarik nafas adakah penarikan nafas biasa <i>(Expansion of the Chest)</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>	.....
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						
(c) Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa penarikan nafas <i>(Equal on both sides on expansion)</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>	.....
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						
(d) Bunyi perkusi <i>(Percussion)</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>	.....
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						

(e) Auskultasi  
(*Auscultation*)

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

### 9. PEMERIKSAAN JANTUNG

(a) Saiz jantung

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

(b) Bunyi Jantung

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

(c) Rentak (*Rhythm*)

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

(d) Adakah terdapat murmur atau lain-lain bunyi luar biasa

Ya	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

.....

### 10. PEMERIKSAAN ABDOMEN

(a) Hati  
(*Liver*)

Palpabel	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Tidak Palpabel	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

.....

(b) Kura(Spleen)

Palpabel	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Tidak Palpabel	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

.....

(c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut?  
(*Any abnormal abdominal mass*)

Ya	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Tidak	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

.....

### 11. PEMERIKSAAN LUBANG-LUBANG HENIA

(*Examination of Hernial Orifices*)

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

### 12. PEMERIKSAAN KAJISARAF DAN KEADAAN MENTAL

(a) Keadaan Sentak Lutut  
(*Knee Jerk*)

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

(b) Keadaan Sentak Pergelangan Kaki  
(*Ankle Jerk*)

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

(c) Keadaan Sentak Plantar  
(*Plantar Reflex*)

Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

.....

(d) Keadaan Anak Mata ( <i>Condition of Pupil</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....
(e) Refleksi Anak Mata terhadap Cahaya ( <i>Light Reflex</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....
(f) Keadaan Mental ( <i>Mental Condition</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....
(g) Percakapan/Pertuturan	Biasa		Luar Biasa		.....

**13. PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR**

(a) Anggota Atas ( <i>Upper Limbs</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....
(b) Anggota Bawah ( <i>Lower Limbs</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....
(c) Kolom Spina ( <i>Spinal Column</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....
(d) Gaya Berjalan ( <i>Gait</i> )	Biasa		Luar Biasa		.....

**14. PEMERIKSAAN URO JANTINA**

(*Untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu*)

Biasa		Luar Biasa		.....
-------	--	------------	--	-------

**15. PEMERIKSAAN AIR KENCING**

<b>Sp. Gravity</b>		.....
<b>Gula</b>		.....
<b>Albumin</b>		.....
<b>Pemeriksaan Mikroskopik</b>		.....



<b>Dadah</b>	
--------------	--

.....

**16. LAIN-LAIN PEMERIKSAAN YANG MANA DIFIKIRKAN PERLU OLEH PEGAWAI  
PERUBATAN YANG MEMERIKSA**

.....  
 .....  
 .....

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa :

.....

No. K/P ..... pada ..... dan saya dapati:

- Beliau tidak menghidapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat untuk meneruskan program.
- Beliau tidak begitu sihat seperti di butiran ..... tetapi boleh meneruskan program dengan pihak berkenaan.
- Beliau tidak sihat dan tidak disokong untuk meneruskan program dengan pihak berkenaan.

TANDATANGAN : .....

NAMA : .....

*(DENGAN HURUF BESAR)*

NO. K/P : .....

KELAYAKAN : .....

JAWATAN : .....

COP RASMI : .....

Terhad Kepada Kakitangan **KOLEJ INFORANA** Sahaja