

PEMERIKSA PERUBATAN
(UNTUK DIPENUH OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

BAHAGIAN I

No. Pendaftaran pemohonan di klinik: Tarikh pendaftaran:
 Keadaan Umum:
 Berat: kg. Ketinggian: sm
 Pemeriksaan air kencing untuk albumin dan gula (Jika positif siasat selanjutnya).
 Tekanan darah: Sistolik: Diastolik:
 Kajituan penglihatan mengikut Carta Snellen (dalam meter)
 Tanpa kacamata min. 6/60 Kanan: Kiri:
 Dengan kacamata min. 6/12 Kanan: Kiri:

JAWAPAN

Sila tandakan X dalam ruang yang bersesuaian 'Ya' atau 'Tidak'

| Bil. | Perihal | Ya | Tidak | Catatan |
|------|--|----|-------|---------|
| 1. | Ada kecacatan dalam penglihatan warna (carta istihara) | | | |
| 2. | Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision) | | | |
| 3. | Ada bukti kecacatan sistem sarat | | | |
| 4. | Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psycniatric) | | | |
| 5. | Adakah pemohon menunjukkan tanda-tanda peminum arak dan penyalahgunaan dadah | | | |
| 6. | Ada ketidaksempurnaan dari/atau kecacatan fizikal | | | |
| 7. | Ada bukti kelainan sistem kardiovaskular | | | |
| 8. | Adakah pemohon mempunyai tekanan darah tinggi yang tidak terkawal | | | |
| 9. | Adakah pemohon mengidap penyakit kencing manis yang tidak dikawal dengan sempurna | | | |
| 10. | Ada kecacatan pendengaran | | | |
| 11. | Ada bukti kelainan sistem respiration | | | |
| 12. | Siasatan lanjut yang dijalankan dan keputusannya: a. b. c. | | | |
| 13. | Pandangan-pandangan lain oleh pengamal perubatan | | | |

Catatan: Kelewatan boleh berlaku kerana diperlukan siasatan lanjut.

BAHAGIAN II

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tandakan X dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruang catatan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut:

| Bil | Perihal | Ya | Tidak | Catatan |
|-----|--|----|-------|---------|
| 1. | Masalah - katarak -Pandangan monocular -Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan | | | |
| 2. | Tidak dapat mengenalpasti warna-warna asas (primer) [merah, hijau,kuning (amber)] | | | |
| 3. | Sukar melihat dalam gelap | | | |
| 4. | Apa-apa jenis sawan atau kekelangan | | | |
| 5. | Kecederaan berat di kepala | | | |

| Bil | Perihal | Ya | Tidak | Catatan |
|-----|--|----|-------|---------|
| 6. | Serangan pening atau pening | | | |
| 7. | Sakit kepala yang berat atau 'migrane' | | | |
| 8. | Pembedahan otak yang 'major' | | | |
| 9. | 'Stroke' (dengan kecacatan 'residual') | | | |
| 10. | kencing manis dalam rawatan insulin | | | |
| 11. | Penyakit mental | | | |
| 12. | Penyalahgunaan arak dalam masa 5 tahun yang lalu | | | |
| 13. | Penyalahgunaan dadah dalam masa 5 tahun yang lalu | | | |
| 14. | Kecacatan tulang belakang | | | |
| 15. | Ketidaksempurnaan atau kecacatan anggota | | | |
| | - pergerajaan sendi yang terhad | | | |
| | - kecacatan anggota yang berat | | | |
| | - 'amputation' yang berat | | | |
| 16. | Penyakit jantung/tekanan darah tinggi/cacaran jantung | | | |
| 17. | Sesak nafas/muntah darah/batuk kronik | | | |
| 18. | Pekak | | | |
| | - Pekak tuli | | | |
| 19. | Penyakit puan pinggang yang kronik | | | |
| 20. | Apa-apa rawatan yang berulang | | | |
| 21 | Apa-apa penyakit atau kesederaan yang tidak dinyatakan di atas | | | |

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa kenyataan palsu. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan JKPP, dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian menjalankan tugas Orang Yang Bertanggungjawab dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan permohonan saya sebagai Orang Yang Bertanggungjawab (OYB).

Tandatangan pemohon: Tarikh diperiksa:

Nama (dalam huruf besar): No. Kad Pengenalan:

Disaksikan oleh (Dr): Tempat diperiksa:

Cop nama dan jawatan: Tarikh: Masa:

* Keadaan berikut adalah diambilkira sebagai sepenuhnya tidak layak sebagai Orang Yang Bertanggungjawab.

BAHAGIAN III

KEPUTUSAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

Saya sahkan bahawa saya pada hari ini telah memeriksa pemohon

No. Kad Pengenalan Jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui dan percaya. Daripada pemerhatian dan pemeriksaan perubatan, saya dapati pemohon dari segi fizikal dan mental.

* LAYAK / TIDAK LAYAK SEMENTARA / TIDAK LAYAK

Bagi menjalankan tugas sebagai Orang Yang Bertanggungjawab (OYB).

Tandatangan pengamal perubatan:

Nama dan kelayakan pengamal perubatan: No. Pendaftaran MMC :

Alamat: No. Pendaftaran Klinik:

.....

Tarikh: Bayaran Yang Dikenakan: No. Resit: