

PERMOHONAN SEBAGAI ORANG BERKOMPETEN LIF

A. JENIS PERMOHONAN : BARU LANJUTAN GRED:

B. BUTIR-BUTIR PEMOHON

1. No. K.P./Passport/
Polis/Tentera _____

2. Nama _____

3. Alamat _____

4. Poskod _____ 5. Bandar _____

6. Negeri _____

7. Jantina Lelaki Perempuan 8. Tarikh lahir _____

C. KELAYAKAN
AKEDEMIK/LATIHAN

BIL	INSTITUT	BIDANG	TARAF	TAHUN

Ruang untuk permohonan Baharu Kompetensi
Tarikh Luput Kompetensi _____

D. PENGAKUAN

Saya mengakui bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

Tarikh :
Tandatangan Pemohon
Nama :
No. K.P.

E. MAKLUMAT PEGAWAI PERUBATAN YANG BIASA MERAWAT:
(Sebutkan nama dan alamat Pegawai Perubatan yang biasa merawat anda)

Nama Pegawai Perubatan :

Alamat :

- SALINAN ASAL HENDAKLAH DIKEMUKAKAN KEPADA KETUA PENGARAH JKPP
- SALINAN PENDUA HENDAKLAH DISIMPAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMBUAT PEMERIKISAAN

F. PEMERIKSAAN PERUBATAN
(UNTUK DIPENUHI OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

BAHAGIAN I

No. Pendaftaran Pemohon 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 :

Kejituan penglihatan mengikut Carta Snellen (Dalam meter)

Tanpa kaca mata min. 6/60 Kanan : Kiri :

Dengan Kacamata min. 6/12 Kanan : Kiri :

*Untuk mereka yang memakai kaca mata. Perlu dinyatakan pada lesen.

JAWAPAN

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

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1	Ada kecacatan dalam penglihatan (Carta istihara)			
2	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3	Ada bukti kecacatan sistem saraf			
4	Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psychiatric)			
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 respirator			
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. Tanda X dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruang catitan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
*1	Masalah mata			
	- Katarak			
	- Pandangan 'monocular'			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
*2	Tidak dapat mengenaipasti warna-warna asas (primer) [merah, hijau, kuning (amper)]			
3	Sukar melihat dalam gelap			
*4	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5	Kecederaan berat dikepala			
*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 - pergerakan sendi yang terhad - kecacatan anggota yang berat - amputation' yang berat			
16	Penyakit jantung / tekanan darah tinggi / debaran jantung			
17	Sesak nafas / muntah darah / batu kronik			
*18	Pekak - pekak tuli			
*19	Penyakit buah pinggang yang kronik			
20	Apa-apa rawatan yang berulang			
21	Apa-apa penyakit atua kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			

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 adalah:

SIHAT (MEDICALLY FIT)

TIDAK SIHAT (MEDICALLY UNFIT)

Tandatangan pengamal perubatan :

Nama dan kelayakan pengamal perubatan :

.....
.....

Alamat :

.....
.....

No. Pendaftaran MMC:

No. Pendaftaran Klinik:

Tarikh :

UNTUK KEGUNAAN JKPP