

SARINGAN KESIHATAN

Calon **WAJIB** untuk mengisi maklumat berikut untuk kegunaan Jabatan **SEBELUM MENDUDUKI PEPERIKSAAN**.

1. Adakah anda mengalami 2 atau lebih gejala berikut?

- Demam
- Kesejukan
- Menggigil
- Sakit Badan
- Sakit Kepala
- Sakit Tekak
- Loya atau muntah
- Cirit-birit
- Keletihan
- Selsema atau hidung tersumbat

Ya	
Tidak	

2. Selain yang diatas, adakah anda mengalami gejala seperti berikut?

- Batuk
- Sesak Nafas
- Hilang deria bau
- Hilang deria rasa

Ya	
Tidak	

3. Adakah anda mengunjungi lokasi berkaitan kluster COVID-19?

Ya	
Tidak	

4. Adakah anda berkunjung ke luar negara dalam tempoh 14 hari yang lepas?

Ya	
Tidak	

5. Adakah anda berhubung rapat dengan seseorang yang positif COVID-19 atau suspek dalam tempoh 14 hari yang lepas?

Ya	
Tidak	

6. Adakah anda sukeralewan Kementerian Kesihatan Malaysia sejak 14 hari lalu?

Ya	
Tidak	

Nama : _____

Kad Pengenalan : _____

Pusat Peperiksaan : _____

Jenis Peperiksaan : Bahagian A / Bahagian B / Bahagian C

Tarikh : _____

Tandatangan : _____