

**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN  
(UNTUK DIISI OLEH DOKTOR KESIHATAN PEKERJAAN (OHD))**

Ini adalah untuk mengesahkan bahawa penyata di bawah adalah benar. Saya memberi kebenaran kepada DKP untuk pemeriksaan perubatan dan berkomunikasi dengan pihak pengurusan mengenai keupayaan kerja saya selepas perbincangan dengan saya.

Tandatangan Pekerja : ..... Tarikh : .....

**A) Pekerja**

Nama : .....

Alamat : .....

Poskod : ..... Daerah : ..... Negeri : .....

No. Telefon : .....

Umur : ..... tahun Jantina :  Lelaki  Perempuan

Bangsa :  Melayu  Cina  India  Lain -lain

Status Perkahwinan :  Bujang  Kahwin

Kewarganegaraan :  Warganegara  Bukan warganegara ( nyatakan ) : .....

**B) Keluarga terdekat untuk dihubungi dalam kes kecemasan**

Nama : .....

Hubungan : .....

Alamat : .....

No. Telefon : .....

**C) Majikan**

Nama : .....

Alamat : .....

No. Telefon : .....No. Faks / E-mel : .....

**D) Sejarah Pekerjaan**

1. Jawatan : .....
2. Tempoh perkhidmatan : .....
3. Pernah terima latihan untuk kerja ini?  Ya  Tidak
4. Kerja lain ( selain dari kerja ini ) : .....
5. Pernah guna PPD  Ya  Tidak  
Nyatakan : .....
6. Sejarah alahan atau masalah atau kegunaan PPD  Ya  Tidak  
Nyatakan : .....

**E) Adakah anda mempunyai sebarang sejarah atau mengalami masalah-masalah berikut ?**

1. Merokok

- a) Merokok
- b) Tidak merokok
- c) Berhenti merokok

Tempoh merokok  tahun  
Bil. batang rokok  /sehari

**1) Masalah Perubatan**

	Ya	Tidak	Catatan
a. Masalah mata (termasuk akuiti visual atau rabun malam)			
b. Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit Telinga dalam, atau vertigo)			
c. Hidung ( masalah menghidu bau )			
<b>d. Sistem Saraf</b>			
i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis			
ii) Strok dengan komplikasi			
iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson			
iv) Kecederaan kepala serius			
v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain			
<b>e. Sistem Kardiovaskular</b>			
i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal			
ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia)			
iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi			
<b>f. Sistem Pernafasan</b>			
i) Asma tidak terkawal			
ii) COAD			
iii) Jangkitan pulmonari akut ( termasuk T B)			

**g. Sistem Gastronintestinal**

- i) Penyakit ulser Peptik

--	--	--

--	--	--

**h. Sistem endokrin**

- i) Kencing manis yang tidak terkawal

--	--	--

**i. Sistem ginjal**

- i) Penyakit buah pinggang kronik contohnya nephritis  
ii) Kegagalan buah pinggang

--	--	--

--	--	--

**j. Sistem Muskuloskeletal**

- i) Kecacatan, ketidakupayaan atau amputasi anggota  
ii) Penyakit otot, tulang atau sendi (kronik atau berulang)

--	--	--

--	--	--

**k. Sistem dermatologi**

- i) Keadaan kulit radang akut atau kronik

--	--	--

**l. Psikiatri**

- i) Penyakit mental  
( termasuk depression, psychosis, mania or anxiety)

--	--	--

- ii) Kebergantungan dadah dan alkohol  
(semasa atau yang lalu)

--	--	--

- iii) Claustrophobia  
(takut ruang tertutup)

--	--	--

**m. Sejarah mengambil apa-apa ubat-ubatan**

- i) Batuk / ubat selsema  
ii) Ubat pelali  
iii) Hipnotik  
iv) Ubat-ubatan lain (termasuk agen cytotoxic, anticoagulant atau immunodepressants)

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

**n. Sebarang masalah kesihatan yang lain atau kecederaan**

--	--	--

**F) Sejarah Keluarga**

1. Sejarah penyakit perubatan  
2. Sejarah alahan  
3. Lain-lain Penyakit( nyatakan )

--	--	--

--	--	--

--	--	--



**I) Penyiasatan**

	Tarikh	Biasa	Luarbiasa	Catatan
1. FBC				
2. UFEME				
3. Spirometry				
FVC				
FEV 1 FEV1				
1/FVC				
4. Lain ( nyatakan )				

Berdasarkan pemohon "pengakuan peribadi , pemeriksaan klinikal dan keputusan ujian diagnostik yang direkodkan di dalam borang pemeriksaan perubatan, saya mengisytiharkan bahawa pekerja ini adalah **\*LAYAK/TIDAK LAYAK** untuk bekerja sebagai orang yang kompeten.

*\* Potong yang tidak berkenaan*

Tandatangan Dr	: .....	No. Daftar	
		DOSH	: .....
Nama DKP	: .....	No. Telefon	
		Klinik	: .....
Nama Klinik	: .....	Alamat E-mel	: .....
No. Faks	: .....		.....
Tarikh	: .....		