

Bahagian 2 – Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan.
Part 2- Please tick (/) the relevant

Adakah anda / keluarga mengalami : Lelah / Batuk Kering / Darah Tinggi / Sakit Jantung / Kencing Manis / Sakit Buah Pinggan / Gila Babi / Sakit Jiwa / Penyalahgunaan Dadah / Kecacatan Anggota / Kanser / Alahan / Pembedahan ?
Hae you / family had the following : Asthma / Tuberculosis / Hypertension / Heart Disease / Diabets Mellitus / Kidney Disease / Epilepsy / Mental Illness / Drug Addiction / Deformity / Cancer / Allegies / Operations ?

Jika ya, sila nyatakan / If yes, please state : _____

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberikan di atas adalah benar.
(I hereby certify that the information given above is correct)

(_____)
Tandatangan
Signature of Candidate

Bahagian 3 Part 3
UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan
Tick as relevant

1 Pemeriksaan Umum / General Examinations

Tinggi / Height cm

Berat / Weight kg

Nadi / Pulse seminit

BP mmHg

a) PALLOR

b. CYNOSIS

c OEDEMA

d. JAUNDICE