



AKADEMI SENI BUDAYA DAN WARISAN KEBANGSAAN
KEMENTERIAN PELANCONGAN DAN KEBUDAYAAN
LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
HEALTH EXAMINATION REPORT

BAHAGIAN 1 : UNTUK DIISI OLEH PEMOHON
 PART 1 : TO BE COMPLETED BY THE CANDIDATE

NO.RUJUKAN PEMOHON :
 Application Ref. No.

TAHUN AKADEMIK :
 Academic Year

NAMA PENUH (HURUF BESAR)
 Full Name (capitals)

NO.K/PENGENALAN :WARGANEGARA :
 I/C No.Nationality

TARIKH LAHIR : TEMPAT LAHIR :
 Date of Birth Place of Birth

KETURUNAN : JANTINA :
 Race Sex

AGAMA : STATUS PERKAHWINAN: BUJANG/BERKAHWIN
 Religion Marital Status: Single/Married

NAMA BAPA/PENJAGA :
 Name of father/guardian

PERTALIAN DENGAN PENJAGA :
 Relationship with guardian

ALAMAT SURAT MENYURAT BAPA/PENJAGA :
 Mailing Address of father/guardian

.....

.....

NO. TELEFON :
 Telephone No

A. SEJARAH PERUBATAN KELUARGA/FAMILY MEDICAL HISTORY

PERNAHKAH AHLI KELUARGA ANDA MENGHIDAPI PENYAKIT DARI SENARAI BERIKUT?

SILA TANDAKAN (/) DIMANA BERKENAAN

HAVE YOUR FAMILY MEMBERS SUFFERED FROM ANY OF THE FOLLOWING?

PLEASE TICK (/) WHERE APPLICABLE

PENYAKIT	TIDAK	YA	PERTALIAN	PENYAKIT	TIDAK	YA	PERTALIAN
KELUMPUHAN Paralysis				LELAH Asthma			
TEKANAN DARAH TINGGI High Blood Pressure				KENCING MANIS Diabetes Mellitus			
TEKANAN JIWA Psychological Illness				MASALAH BUAH PINGGANG Kidney Problems			
PENYAKIT SAWAN Epilepsy				KANSER Cancer			
BATUK KERING Tuberculosis							
REAKSI TERHADAP SEBARANG UBAT/MAKANAN DAN LAIN-LAIN Reaction to drugs/foods etc							

B. SEJARAH PERUBATAN DIRI/PERSONAL MEDICAL HISTORY

PERNAHKAN ANDA MENGHIDAPI PENYAKIT SEPERTI YANG DISENARAIKAN? SILA TANDAKAN (/) DIMANA BERKENAAN.

HAVE YOU SUFFERED FROM ANY OF FOLLOWING? PLEASE TICK (/) WHERE APPLICABLE

PENYAKIT	TIDAK	YA	PENYAKIT	TIDAK	YA
PERISTIWA SAKIT KEPALA DAN/ATAU PENING Episodes of frequent headaches and Giddiness			#TIBI PARU-PARU ATAU ORGAN LAIN Tuberculosis Of The Lungs or Other Parts		
PEMBEDAHAN DENGAN BIUS Operations Under Anesthesia			#TEKANAN JIWA Psychological Illness		
SAKIT MATA BERTERUSAN Chronic Eye Disease			PENYAKIT SAWAN Epilepsy		
BERNANAH ATAU TELINGA BERAIR Ear Discharge			TANGAN MENGGELETAR Tremors of The Fingers		
LELAH Asthma			PENYAKIT KULIT YANG TELAH LAMA Chronic skin Disease		
DEBARAN JANTUNG Palpitations			TERLALU SAKIT DENGAN KEDATANGAN HAID Severe Pains with Menstrual Periods		
BUASIR Hemorrhoids			PENDARAHAN YANG LEBIH LAMA DENGAN HAID Excessive Bleeding with Menstruation		
CIRIT-BIRIT YANG KERAPKALI Chronic Diarrhoea			PENYAKIT POLIO Poliomyelitis		
SENTIASA BERSIN ATAU HIDUNG TERSUMBAT Recurrent Sneezing or Nasal Congestion			KETAGIHAN DADAH Drug Addiction		

BAGI PENYAKIT-PENYAKIT BERTANDA (#) TERANGKAN JENIS PENYAKIT, TEMPAT DAN TARIKH ANDA DIRAWAT.
FOR THE DISEASE MARKED (#) STATE TYPE OF DISEASE, PLACE AND YEAR YOU WERE TREATED.

.....
.....
.....

SAYA MEMPERAKUI BAHAWA KETERANGAN-KETERANGAN TERSEBUT ADALAH BENAR.

I confirm that the information I have given in this form is true.

.....
.....
TANDATANGAN PEMOHON DI HADAPAN DOKTOR
Signature of applicant in the presence of the Doctor

TARIKH
Date

BAHAGIAN 2 : UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA
PART 2 : To be completed by the examining Doctor

TINGGIMeter/Sentimeter
Height

BERATkilogram
Weight

MATA/EYE	KIRI Left	KANAN Right	TELINGA/EAR LeftRight	KIRI	KANAN
----------	--------------	----------------	--------------------------	------	-------

1. PENGLIHATAN TANPA CERMIN MATA Vision Without Glasses	[]	[]	1. BERNANAH/BERAIR TELINGA: YA/TIDAK Pus/Watery Discharge Ear: Yes/No	[]	[]
--	-----	-----	--	-----	-----

2. PENGLIHATAN DENGAN CERMIN MATA Vision With Glasses	[]	[]	2. GEGENDANG TELINGA: BIASA/Normal Ear Drum: BERLUBANG/Perforated	[]	[]
--	-----	-----	--	-----	-----

3. JENIS KECACATAN Type Of Eye Defect	Normal	Decreased	Deaf	3. KECEKAPAN PENDENGARAN: Acuity Of Hearing:	BIASA []	KURANG BAIK []	PEKAK []
--	--------	-----------	------	---	-----------	-----------------	-----------

4. BUTA WARNA Colour Vision	BIASA [] Normal	4. BUTA UNTUK MERAH/HIJAU Blind for Red/Green	[]
--------------------------------	---------------------	--	-----

RUANG MULUT/ORAL CAVITY

1. GIGI Teeth	BAIK [] Good	PERLU DIRAWATI [] Needs treatment	3. GUSI Gums	BAIK [] Good	PERLU DIRAWATI [] Needs treatment
2. TONSILS Tonsils	BAIK [] Good	PERLU DIRAWATI [] Needs treatment			

SISTEM PERNAFASAN/RESPIRATORY SYSTEM

1. ADAKAH BUKA DADANYA KEMBANG SECARA NOMAL APABILA MENARIK NAFAS?

Does the chest wall move normally with deep breathing?

BIASA [] LUAR BIASA []
Normal Abnormal

2. PEMERIKSAAN BUNTI PARU-PARU APABILA BERNAFAS

Examination of breath sounds

BUNYI VESICULAR [] BUNYI LUAR BIASA []
Vesicular Sounds Adventitious sounds

3. TERANGKAN BUNYI JIKA LUAR BIASA :

State nature of adventitious sounds

4. LAPORAN X-RAY DADA. LAMPIRKAN LAPORAN

Chest x-ray report. Attach report

TARIKH : TEMPAT : NO. RUJUKAN X RAY :
Date Place X-ray Ref. No.

LAPORAN JANTUNG : BUKA DADA :
Report Heart Thoracic Cage
PARU-PARU : LAIN-LAIN KETERANGAN :
Lungs Other Comments

JANTUNG* NADI* TEKANAN DARAH/HEART * BLOOD PRESSURE

1. RENTAKNYA SINUS [] ARITMA [] JENIS ARITMIA :
Rhythm sinus Arrhythmia Type of Arrhythmia

2. BUNYI JANTUNG BIASA [] LUAR BIASA [] TERANGKAN JIKA LUAR BIASA :
Hearts sound Dual Murmurs Clarify Murmurs

3. PERUBAHAN SAIZ YA [] TIDAK [] SEBAB JIKA ADA :
Any Cardiomegaly Yes No Cause if present

4. KADAR DENYUTAN NADI : TERANGKAN PERUBAHAN NADI :
Pulse Rate Clarify Alteration Of Pulse

5. TEKANAN DARAH SEMASA JANTUNG KUNCUP : mm Hg
Systolic Blood Pressure

6. TEKANAN DARAH SEMASA JANTUNG KEMBANG : mm Hg
Diastolic Blood Pressure

TANDAKAN YANG MANA BENAR/TICK THOSE TRUE

	ADA	TIADA		ADA	TIADA
--	-----	-------	--	-----	-------

	Present	Absent		Present	Absent
KEMBANG HATI Hepatomegaly			PEMERIKSAAN KENCING Urine Test		
KEMBANG LIMPA Splenomegaly			ALBUMEN Albumin GULA Sugar DADAH Drug BENDA-BENDA LAIN Deposits		
KEMBANG NODUS LIMFA Lymphadenopathy			HERNIA Hernias		
TERANGKAN BENGGAK-BENGGAK LAIN JIKA ADA Clarify Other Swelling If Present					

OTAK DAN URAT SARAF/BRAIN AND NERVOUS SYSTEM

1. REFLEKS-REFLEKS TENDON/Tendon reflexes

BIASA [] KURANG DARI BIASA [] TERLEBIH DARI BIASA []
Normal Less than usual More than usual

2. KEADAAN PANCAINDERA/State of Sensory System

BIASA [] LUAR BIASA []
Normal Abnormal

3. KESTABILAN MENTAL/Mental stability

BIASA [] KURANG []
Normal Decreased

4. TERANGKAN YANG MANA TIDAK NORMAL/Clarify those abnormal

.....
.....
.....

KECACATAN PHYSICAL DEFECTS

SENARAIKAN KECACATAN BADAN DAN ANGGOTA-ANGGOTA

1:

3:

.....

2:

4:

.....

SEBAB
Cause

POLIO []
Post Polio

SEMULAJADI []
Congenital

KEMALANGAN/PEMBEDAHAN []
Post Traumatic/Post Operative

REKOD IMUNISASI/IMUNISATION RECORD

	ORAL POLIO	TETANUS	GERMAN MEASLES	HEPATITIS B	B.C.G	MANTOUX
TARIKH AKHIR DIBUAT Last Date Immunized						POSITIV [] Positive NEGATIF [] Negative

(Kenyataan dan Perakuan Doktor)

KENYATAAN :

Remarks

SAYA SAHKAN BAHAWA BUTIR-BUTIR DARI PEMERIKSAAN SAYA ADALAH BENAR, DAN PEMOHON INI ADALAH SIHAT UNTUK MENGIKUT PENGAJIAN DI AKADEMI, MELAINKAN SEBARANG KOMEN YANG DICATIT DI DALAM RUANG KENYATAAN.

I certify that the results as set forth above are true, and that the candidate is fit to pursue his/her studies at the Academy, subject to the comments stated as remarks.

.....
TANDATANGAN DOKTOR
Signature

.....
TARIKH
Date

.....
COP RASMI
Official Stamp