



**BAHAGIAN B:** ( Sila tandakan  dalam kotak berkenaan / Please tick  the relevant box )

| <b>PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA ( Certification of Own And Family Illness)</b> |                            |                               |   |
|---|----------------------------|-------------------------------|---|
| Jenis Penyakit/ <i>Ailments or illness</i>  | Sendiri<br>( <i>Self</i> ) | Keluarga<br>( <i>Family</i> ) | Kalau "ada" nyatakan rawatan yang diterima<br><i>If "yes" please state treatment received</i> |
| Penyakit Teruk ( <i>Serious Illness</i> )   |                            |                               |   |
| Pembedahan ( <i>Surgery</i> )   |                            |                               |   |
| Batuk Kering ( <i>Tuberculosis</i> )  |                            |                               |   |
| Kencing Manis ( <i>Diabetes</i> )   |                            |                               |   |
| Penyakit Otak ( <i>Mental Illness</i> )   |                            |                               |   |
| Penyakit Jantung ( <i>Heart Disease</i> )   |                            |                               |   |
| Lelah ( <i>Athma</i> )  |                            |                               |   |
| Alahan ( <i>Allergy</i> )   |                            |                               |   |
| Penagihan Dadah( <i>Drug Addiction</i> )  |                            |                               |   |
| HIV( <i>AIDS</i> )  |                            |                               |   |
| Kanser( <i>Cancer</i> )   |                            |                               |   |
| Buah Pinggang( <i>Kidney Disease</i> )  |                            |                               |   |
| Kecacatan Anggota   |                            |                               |   |
| Lain-lain Penyakit( <i>Other illness</i> )  |                            |                               |   |

Saya dengan ini mengaku segala maklumat yang dilengkapkan di Bahagian A dan B adalah benar.  
(*I hereby certify that the above information that have given in part A and B is correct*)

Tarikh (*Date*) :    -    -

.....  
Tandatangan Pemohon  
(*Signature of Candidate*)

**BAHAGIAN C : (UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA/TO BE COMPLETED BY EXAMINING DOCTOR)**

1. Pemeriksaan Umum/*General Examinations*

Tinggi/*Height* (cm) :    Berat/*Weight* (kg) :    Nadi/*Pulse* (seminit) :

Tekanan Darah/*Blood Pressure* (mmHg) :

2. Pemeriksaan Anggota Tubuh (Sila tandakan (  ) dalam kotak berkenaan / please tick (  ) the relevant box)

| <b>Jenis Pemeriksaan / Types of Examining</b>                     | <b>NORMAL</b> | <b>ABNORMAL</b> | <b>Catatan / Statement</b> |
|---|---------------|-----------------|----------------------------|
| Penglihatan mata tanpa kacamata (Kanan)<br>Unaided vision (Right) |               |                 |                            |
| Penglihatan mata tanpa kacamata (Kiri)<br>Unaided vision (Left )  |               |                 |                            |
| Penglihatan mata dengan kacamata (Kanan)<br>Unaided vision (Right |               |                 |                            |
| Penglihatan mata dengan kacamata (Kiri)<br>Unaided vision (Left)  |               |                 |                            |
| <i>Fundoscopy (Kanan/Right)</i>                                   |               |                 |                            |
| <i>Fundoscopy(kiri/ Left)</i>                                     |               |                 |                            |
| <i>Penglihatan Warna / Colour vision (Kanan/Right)</i>            |               |                 |                            |
| <i>Penglihatan Warna / Colur vision ( Kiri/ Left)</i>             |               |                 |                            |
| <i>Pemeriksaan Telinga / Examination of ears</i>                  |               |                 |                            |
| Ruang mulut / Oral cavity   |               |                 |                            |



