Othman Yeop Abdullah Graduate School of Business
Universiti Utara Malaysia

FORM B

FOR UUM COLLEGE OF BUSINESS PROGRAMMES

GAMBAR UKURAN PASPORT PEMOHON
PASSPORT SIZE PHOTOGRAPH OF APPLICANT

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN (PELAJAR TEMPATAN)

HEALTH EXAMINATION REPORT (FOR LOCAL STUDENT)

SILA ISI DALAM HURUF BESAR/ *PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS*

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

TAHUN AKADEMIK/ *ACADEMIC YEAR* ____ / ____

KOD KURSUS/ *COURSE CODE* ____

SEMESTER ____

PUSAT PENGAJIAN/ *SCHOOL*

NO. PENDAFTARAN/*MATRIC (REG. NO.)*

NAMA PENUH/ *FULL NAME*

NO. KAD PENGENALAN/PASPORT / *IDENTITY CARD/PASSPORT NO.*

UMUR/ *AGE*

KEWARGANEGARAAN/ *NATIONALITY*

TARIKH LAHIR/*DATE OF BIRTH*
DD MM YY

LELAKI/*MALE* ☐ PEREMPUAN/*FEMALE* ☐ BUJANG/*SINGLE* ☐ KAHWIN/*MARRIED* ☐

NAMA PENJAGA/*NAME OF GUARDIAN*

ALAMAT PENJAGA/ *POSTAL ADDRESS OF GUARDIAN*

NO. TELEFON RUMAH/ *HOUSE TELEPHONE NO.*

NO. TELEFON PEJABAT/ *OFFICE TELEPHONE NO.*

ALAMAT DEWAN PENGINAPAN/ *RESIDENTIAL HALL ADDRESS*

BAHAGIAN 2: SILA TANDAKAN (P) DI KOTAK YANG BERKENAAN

PART 2: PLEASE TICK (P) THE RELEVANT BOX

Adakah anda/keluarga mengalami:

Have you/family have the following:

		Tidak/ *No*	Ya/ *Yes*
1	Lelah/ *asthma*		
2	Batuk kering/ *Tuberculosis*		
3	Darah tinggi/ *Hypertension*		
4	Sakit jantung/ *Heart diseases*		
5	Kencing manis/ *Diabetes mellitus*		
6	Sakit buah pinggang/ *Kidney disease*		
7	Gila babi/ *Epilepsy*		
8	Sakit jiwa/ *Mental illness*		
9	Penyalahgunaan dadah/ *Drug addiction*		
10	Kecacatan anggota/ *Deformity*		
11	Kanser/ *Cancer*		
12	Alahan/ *Allergies*		
13	Pembedahan/ *Operations*		

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

…….

Tanda tangan/ *Signature of Applicant*

Tandakan yang berkaitan/ *Tick as relevant* ✓

BAHAGIAN 3: UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA

PART 3: TO BE FILLED BY THE EXAMINING DOCTOR

1 PEMERIKSAAN UMUM/ *GENERAL EXAMINATIONS*

TINGGI/ *HEIGHT* ☐☐☐ sentimeter

BERAT/ *WEIGHT* ☐☐☐ kilogram

NADI/ *PULSE* ☐☐☐ seminit

BP ☐☐☐☐☐☐☐ mmHg

a. PALLOR ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

b. CYANOSIS ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

c. OEDEMA ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

d. JAUNDICE ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

e. LYMPHNODES ☐ Ya/ Yes ☐ Tidak/ *No*

f. SKIN ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak/ *No*

2 PEMERIKSAAN MATA/ *EXAMINATION OF EYES*

		KANAN	KIRI	CATATAN DOKTOR *Verification of doctor's finding*
a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA/ *UNAIDED VISION*		☐	☐	_____
b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA *AIDED VISION*		☐	☐	_____
c. PENGLIHATAN WARNA *COLOUR VISION*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐		_____
d. FUNDOSKOPI *FUNDOSCOPY*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐		_____

3	PEMERIKSAAN TELINGA *EXAMINATION OF EAR*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
4	RUANG MULUT *ORAL CAVITY*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
5	JANTUNG *HEART*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
6	a. SISTEM REPIRATORI *REPIRATORY SYSTEM*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
	b. *X-RAY	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____

*LAMPIRKAN X-RAY DADA DAN LAPORAN (filem besar)/ *ATTACH CHEST X-RAY AND REPORT (large film)*

TARIKH X-RAY/ *X-RAY DATE*

TEMPAT/ *PLACE*

NO. RUJUKAN X-RAY/ *X-RAY REF. NO*.

LMP (*Last Menstrual Perio*d) - Perempuan sahaja/ *Female onl*y

7	ABDOMEN & RONGGA HERNIA *ABDOMEN & HERNIAL ORIFICES*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
8	SISTEM SARAF & MENTAL *NERVOUS SYSTEM & MENTAL CONDITION*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____
9	SISTEM MUSKULOSKELETAL *MUSCULOSKELETAL SYSTEM*	NORMAL ABNORMAL	☐ ☐	_____

10 LAIN-LAIN/ *OTHERS*

_____

_____

BAHAGIAN 4

PART 4

11 PEMERIKSAAN AIR KENCING/ *EXAMINATION OF URINE*

a. GULA ☐ *SUGAR*

b. ALBUMIN ☐

c. MICROSCOPY _____

_____

BAHAGIAN 5: PENGESAHAN DOKTOR

PART 5: DOCTOR'S VERIFICATION

Sila tandakan (✓) di dalam kotak yang berkenaan.

Please tick (✓) in the appropriate box

Saya mengesahkan pada hari ini saya telah memeriksa/ *I certify that I have this day examine*d _____ No. KP/*IC No*. _____

dan mendapati bahawa/ *and found tha*t:

☐ Beliau tidak menghidapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat/ The above name is in good health

☐ Beliau menghidapi/ *The above named has*

_____

_____

☐ Beliau sedang mendapat rawatan/ *The above named is undergoing treatment*

_____

_____

Tarikh/
Date: _____

Tandatangan Doktor/ _____
Signature of Doctor

Nama
Doktor/ _____
Name of Doctor

Kelulusan dan cop rasmi klinik/ _____
Qualification and official stamp of clinic