

BAHAGIAN 2 – Sila tandakan (✓) di kotak berkenaan.

PART 2 – Please tick (✓) in the relevant box.

Pengakuan penyakit diri dan keluarga. Jelaskan jika anda mengidap penyakit berikut atau penyakit lain yang serius.
Declaration of self and family illness. Explain in full if you or your family has any of the following or other serious illnesses.

Masalah / Problems	Sendiri / Self		Keluarga / Family		Jika “Ya” sila nyatakan / If “Yes” please
	Ya / Yes	Tidak / No	Ya / Yes	Tidak / No	
Penyakit sejak lahir atau baka / <i>Congenital or inherited disorder</i>					
Alahan / Allergy					
Sakit jiwa / <i>Mental illness/ Suicidal attempt</i>					
Epilepsi, Sawan, angin ahmar, penyakit saraf / <i>Epilepsy, Fits, stroke, other neurological disorder</i>					
Kencing manis / <i>Diabetes</i>					
Darah tinggi / <i>Hypertension</i>					
Jantung atau salur darah / <i>Heart or vascular disease</i>					
Asma / <i>Asthma</i>					
Sakit buah pinggang / <i>Kidney disease</i>					
Barah / <i>Cancer</i>					
Batuk kering / <i>Tuberculosis</i>					
Ketagihan dadah / <i>Drug addiction</i>					
AIDS, HIV					
Hepatitis B					
Sejarah pembedahan / <i>History of surgery</i>					
Kecacatan anggota, pancaindera/ <i>Deformity of limbs or sensory organ</i>					
Merokok / <i>Smoking</i>					
Penyakit serius lain / <i>Other serious illnesses</i>					

Adakah anda sedang menerima rawatan?

Ya / Yes

Tidak / No

Are you on any medical treatment?

Jika “Ya” sila nyatakan / If “Yes” please state _____

Saya dengan ini mengaku bahawa keterangan yang diberi di atas adalah benar. / *I hereby certify that the information given above is true.*

Saya dengan ini juga mengizinkan laporan perubatan ini diserahkan untuk kegunaan Universiti. / *I hereby give my consent for this medical report to be submitted to the University.*

Tarikh / Date

Tandatangan calon /
Signature of candidate

1. General examinations

a. Height	<input type="text"/>	cm	b. Weight	<input type="text"/>	kg
c. BMI	<input type="text"/>				
d. Pulse	<input type="text"/>	Per minute	e. BP	<input type="text"/>	mmHg

	Yes	No		Yes	No
Pallor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cyanosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oedema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jaundice	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lymph nodes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Skin	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Eyes

a. Unaided vision	Right	<input type="text"/>	Left	<input type="text"/>
b. Aided vision	Right	<input type="text"/>	Left	<input type="text"/>
c. Colour vision	Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
d. Funduscopy	Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
3. Ears	Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>

Additional comments

4. Dental and Oral cavity

Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

5. Neck

Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

6. Cardiovascular

Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

7. Abdomen and hernia orifices

Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

8. Nervous system and mental condition

Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

9. Musculoskeletal system

Normal	<input type="text"/>	Abnormal	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

PART 4

Certification by doctor: Please tick (√) in the appropriate box

I hereby certify that I have on this date _____ examined

Identification card number / Passport number _____ and found:

	The above named is in good health	
	The above named has	
	The above named is undergoing treatment for:	

Date _____

Signature of Doctor : _____

Name of Doctor : _____

Qualification and : _____

Official stamp of
Clinic

For University Official : _____