



**BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN  
BAGI TUJUAN PERMOHONAN JAWATAN KOSONG  
DI LEMBAGA PELABUHAN BINTULU  
(UNTUK JAWATAN PEMBANTU OPERASI  
(KESELAMATAN), GRED N11)**

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di dalam Bahagian A dan B dan menyerahkan borang ini kepada Pengamal Perubatan Berdaftar sebelum pemeriksaan dijalankan

**A. MAKLUMAT PERIBADI (Diisi oleh pemohon)**

1. Nama : \_\_\_\_\_
2. No. Kad Pengenalan :
3. Umur :  Tahun  Bulan (pada tarikh pemeriksaan)
4. Tarikh Lahir :  /  /
5. Jantina  Lelaki  Perempuan
6. Bangsa :  Melayu  Cina  India  Lain-lain, Nyatakan \_\_\_\_\_
7. Taraf Perkahwinan :  Bujang  Berkahwin  Janda/Duda
8. Kelulusan Akademik Tertinggi :  Sek. Rendah  SRP  SPM  
 STPM  Diploma  Ijazah
9. Alamat Kediaman : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Sejarah Perubatan :  
 a. Penyakit Mental  
 b. Lain-lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_
11. Sejarah Pembedahan :

Diagnosis/Jenis Pembedahan	Tahun
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____
12. Sejarah Merokok  
 Tidak Merokok  
 Bekas Perokok (melebihi 6 bulan)  
 Perokok
13. Sejarah Alahan (alergi)

i. Ubat-Ubatan	a. _____	b. _____
	c. _____	d. _____
ii. Lain-lain	a. _____	b. _____
	c. _____	d. _____

14. Sejarah Keluarga

- a.  Penyakit Mental
- b.  Kanser
- c.  Diabetes Melitus
- d.  Hipertensi (DarahTinggi)
- e.  Strok (Angin Ahmar)
- f.  Penyakit Jantung
- g.  Lain-lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_

**B. PEMERIKSAAN FIZIKAL**

1. Tinggi :   m      Berat Badan :   kg
2. Indeks Jisim Tubuh (BMI) :  kg/m<sup>2</sup>      BMI < 18 (Kurang Berat Badan)  
BMI 18 - 23 (Normal)  
BMI 23 - 30 (Lebih Berat Badan)  
BMI > 30 (Kegemukan/Obes)
3. Penglihatan :      6 /  Kanan      6 /  Kiri (Tanpa Cermin Mata)  
                         6 /  Kanan      6 /  Kiri (Dengan Cermin Mata)
- Penglihatan Warna :       Biasa       Luar Biasa  
Juling :       Ada       Tiada
4. Kadar Nadi : \_\_\_\_\_ / min      Rentak (Rhythm) : \_\_\_\_\_
5. Tekanan Darah (BP) : \_\_\_\_\_ sistolik mm / Hg  
                                                 \_\_\_\_\_ diastolik mm/Hg
6. Pemeriksaan Pendengaran :      Kanan  Biasa       Luar Biasa  
                                                 Kiri       Biasa       Luar Biasa
7. Pemeriksaan Sistem Lokomotor :      Anggota Atas       Biasa       Luar Biasa  
                                                 Anggota Bawah       Biasa       Luar Biasa  
                                                 Gaya Berjalan       Biasa       Luar Biasa

Catatan : \_\_\_\_\_

8. Lain-lain pemeriksaan yang berkaitan :

---

---

**PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR**

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa .....

No. KP:..... Pada ..... dan mendapati:

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat

beliau menghidap masalah kesihatan tetapi boleh dipertimbangka untuk memohon.  
(nama penyakit .....) )

**tahap penyakit :** ringan (mild)

                                         sederhana (moderate)

Catatan/  
(Remark) : \_\_\_\_\_

beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal (severe) dan tidak disokong untuk memohon.  
(nama penyakit .....) )

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan/ No  
Pasport : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Tarikh :

No. Pendaftaran MMC : \_\_\_\_\_

Cop Rasmi :