



**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN UNTUK
LESEN PEMASANG PAIP (LPP) DAN LESEN PEMASANG SESALUR (LPS)
JABATAN AIR SABAH**

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A** dan menyerahkan Borang ini kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh : _____

Kursus Yang Ditawarkan : _____

Alamat : _____

No.Kad Pengenalan / Tentera / Polis / Pasport : _____

Umur : tahun

Jantina : Lelaki Perempuan Warganegara : Malaysia
 Lain-lain (Nyatakan) : _____

Agama : Islam Buddha Hindu Kristian Lain-lain (Nyatakan)

Bangsa : Melayu Cina India Lain-lain (Nyatakan)

Status Perkahwinan : Bujang Berkahwin Pernah Berkahwin

Kumpulan Darah : _____

No. Telefon : _____

(Jika diketahui)

Maklumat Pewaris

Nama : _____

Hubungan : _____

Alamat : _____

No. Telefon : _____

PEMERIKSAAN PERUBATAN
(UNTUK DIPENUHI OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

BAHAGIAN I

No. Pendaftaran permohonan di klinik : Tarikh Pendaftaran :

Keadaan Umum :

Berat : kg Ketinggian : cm

Pemeriksaan Air Kencing Untuk Albumin Dan Gula (Jika positif siasatan selanjutnya).

Tekanan Darah : Sistolik : Diastolik:

Kajituan Penglihatan Mengikut Carta Snellen (dalam meter)

Tanpa Kacamata min. 6/60 Kanan : Kiri :

Dengan Kacamata min. 6/12 Kanan : Kiri :

JAWAPAN

Sila tandakan **X** dalam ruang yang bersesuaian 'Ya' atau 'Tidak'

Bil.	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1.	Ada kecacatan dalam penglihatan warna (carta istihara)			
2.	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3.	Ada bukti kecacatan sistem saraf			
4.	Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psycniatric)			
5.	Adakah pemohon menunjukkan tanda-tanda peminum arak dan penyalahgunaan dadah			
6.	Ada ketidaksempurnaan dari/atau kecacatan fizikal			
7.	Ada bukti kelainan sistem kardiovaskular			
8.	Adakah pemohon mempunyai tekanan darah tinggi yang tidak terkawal			
9.	Adakah pemohon menghidap penyakit kencing manis yang tidak terkawal dengan sempurna			
10.	Ada kecacatan pendengaran			
11.	Ada bukti kelainan sistem respiration			
12.	Siasatan lanjut yang dijalankan dan keputusannya : a. b. c.			
13.	Pandangan-pandangan lain oleh pengamal perubatan :			

*Catatan : Kelewatan boleh berlaku kerana diperlukan siasatan lanjut.

BAHAGIAN II

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tandakan **X** dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruang catatan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut:

Bil.	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1.	Masalah :			
	- Katarak			
	- Pandangan Monocular			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
2.	Tidak dapat mengenalpasti warna-warna asas (primer) [merah, hijau , kuning (amber)]			
3.	Sukar melihat dalam gelap			
4.	Apa-apa jenis sawan atau kekelangan			
5.	Kecederaan berat di kepala			
6.	Serangan pening			
7.	Sakit kepala berat atau 'migrane'			
8.	Pembedahan otak yang 'major'			
9.	'Stroke' (dengan kecacatan 'residual')			
10.	Kencing manis dalam rawatan insulin			
11.	Penyakit Mental			
12.	Penyalahgunaan arak dalam masa 5 tahun yang lalu			
13.	Penyalahgunaan dadah dalam masa 5 tahun yang lalu			
14.	Kecacatan tulang belakang			
15.	Ketidaksempurnaan atau kecacatan anggota :			
	- Pergerakan sendi yang terhad			
	- Kecacatan anggota yang berat			
	- 'amputation' yang berat			
16.	Penyakit jantung / tekanan darah tinggi / cacaran jantung			
17.	Sesak nafas / muntah darah / batuk kronik			
18.	Pekak :			
	- Pekak tuli			
19.	Penyakit buah pinggang yang kronik			
20.	Apa-apa rawatan yang berulang			
21.	Apa-apa penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambil kira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembuyikan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa kenyataan palsu. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan JKPP, dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian menjalankan tugas Orang Yang Bertanggungjawab dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan permohonan saya sebagai Orang yang Bertanggungjawab (OYB).

Tandatangan Pemohon : Tarikh Diperiksa :
Nama (dalam huruf besar) : No. Kad Pengenalan :
Disaksikan oleh (Dr) : Tempat Diperiksa :
Cop Nama dan Jawatan : Tarikh : Masa :

BAHAGIAN III

PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa.....
No. Kad Pengenalan : pada dan mendapati :

Beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.

Beliau menghidap masalah kesihatan tetapi boleh dipertimbangkan untuk dilantik.
(nama penyakit:)

Tahap penyakit : Ringan (mild)

Sederhana (moderate)

Catatan/

(Remark) : _____

Beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal (severe) dan tidak disokong untuk dilantik.
(nama penyakit :)

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Cop Rasmi :

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____