

SULIT PENGESAHAN KESIHATAN



**UTM**  
UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA

**SEKOLAH PENDIDIKAN**  
**FAKULTI SAINS SOSIAL DAN KEMANUSIAAN**

A.

**B. BUTIR – BUTIR PERIBADI (HURUF BESAR)**

No. Kad Pengenalan :	Nama :		
Jantina :	Tarikh Lahir :	Umur :	
Alamat Ibubapa/Penjaga :	No. Tel (Rumah) : (Bimbit) :	Berat (kg) :  Tinggi (cm) :	
Sejarah Alahan A : Tiada alahan <input type="checkbox"/> D : Alahan yang kritikal : _____ B : Ubat : _____ E : Lain- lain (nyatakan) : _____ C : Makanan : _____			

**C. PERAKUAN KESIHATAN**

Calon dikehendaki menjawab semua soalan di bawah

Tandakan ( ✓ ) pada petak **ADA**, **TIDAK** atau **TIDAK PASTI**

Jika **ADA**, sila nyatakan rawatan dan ubat-ubatan yang diterima serta tahun / tempoh rawatan dalam ruang catatan.

BAHAGIAN 1		ADA	TIDAK	TIDAK PASTI	CATATAN
1.	Adakah anda sedang menerima rawatan ? Jika ADA, sila, nyatakan.				
2.	Adakah anda pernah dimasukkan ke hospital atas apa-apa penyakit ? Jika <b>ADA</b> , sila nyatakan tarikh dan sebab				
BAHAGIAN 2 (Pernahkan anda mengalami situasi berikut?)		ADA	TIDAK	TIDAK PASTI	CATATAN
1.	Masalah pening, pitam atau pengsan ( <i>Dizziness, blacked out or fainting</i> )				
2.	Sawan dan kelumpuhan ( <i>Fits/epilepsy or paralysis</i> )				
3.	Selalu sakit kepala / migraine ( <i>Frequent headache / migraine</i> )				
4.	Gangguan mental / sakit jiwa ( <i>Mental / psychiatric illness</i> )				
5.	Kencing manis ( <i>Diabetes</i> )				
6.	Tekanan darah tinggi / tekanan darah rendah ( <i>High / Low Blood Pressure</i> )				
7.	Penyakit jantung dan saluran darah ( <i>Cardiovascular Diseases</i> )				
8.	Demam reumatik (Chronic Rheumatic Heart Disease)				
9.	Lelah ( <i>Asthma</i> )				

BAHAGIAN 2 (Pernahkan anda mengalami situasi berikut?)		ADA	TIDAK	TIDAK PASTI	CATATAN
10.	Pernah alami kecederaan pada tulang				
11.	Batuk kering / Tibi / Radang paru – paru ( <i>Dry cough / Tuberculosis / Pneumonia</i> )				
12.	Pernah menjalani sebarang pembedahan ( <i>Surgical operation</i> )				
13.	Pernah mengalami kecederaan kepala / anggota yang teruk ( <i>Head / limb injuries</i> )				
14.	Kecacatan anggota / deria ( <i>Deformities – physical / senses</i> )				
15.	Lain-lain penyakit untuk diberitahu : <i>Other illnesses :</i>				

**AKUAN :**

Saya mengaku bahawa jawapan saya kepada soalan – soalan berkaitan dengan diri saya dan maklumat – maklumat yang diberikan di atas adalah benar mengikut pengetahuan saya. Pihak UTM tidak akan dipertanggungjawabkan jika terdapat sebarang kesulitan yang timbul akibat maklumat yang tidak benar. Pihak UTM juga boleh menolak permohonan ini atau mengambil tindakan yang sewajarnya jika didapati maklumat yang diberikan adalah tidak benar.

Tandatangan : .....

Nama : .....

No. Kad Pengenalan : .....

Tarikh : .....