BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN KOMPREHENSIF
(PKK)

A. BIODATA (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 ☐ PMR ☐ SPM ☐ STPM ☐ Diploma ☐ Ijazah
9. Alamat Kediaman : _____
   _____
10. Alamat Tempat Kerja : _____
    _____
11. Sejarah Pekerjaan (3 yang terkini) :

	Nama Jawatan	Kementerian	Tempoh
a.			
b.			
c.			

12. Sejarah Perubatan :
    - ☐ a. Penyakit Mental
    - ☐ b. Lain-lain (sila nyatakan) _____
13. Sejarah Pembedahan :

	Diagnosis/Jenis Pembedahan	Tahun
a.		
b.		
c.		

14. Sejarah Merokok :
    - ☐ Tidak Merokok
    - ☐ Bekas Perokok (melebihi 6 bulan)
    - ☐ Perokok

15. Sejarah Alahan (alergi) :

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

Jelaskan

16. 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/m2

   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)
4. Kadar Nadi : _____ / min Rentak (Rhythm) : _____
5. Tekanan Darah (BP) : _____ sistolik mm / Hg
   _____ diastolik mm/Hg
6. Pemeriksaan Klinikal Payudara : Normal / Tidak Normal : _____
7. Pap Smear : _____
8. Lain-lain pemeriksaan yang berkaitan :

_____
_____
_____

C. UJIAN MAKMAL

1. Glukosa Darah :
   Rawak (Random) _____ mmol/l
   atau
   Puasa (Fasting) _____ mmol/l
2. Lipid Serum :
   Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota : Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

Adalah disahkan bahawa pegawai seperti dibawah telah menjalankan pemeriksaan di klinik ini dan perlu / tidak perlu* mendapatkan rawatan lanjut :

NAMA :

NO. KAD PENGENALAN :

UMUR :

JAWATAN :

Tarikh : _____ Masa : _____

Tandatangan Pegawai Perubatan : _____

Nama dan Cop Rasmi :

(potong mana yang tidak berkenaan)*