



BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN

(Sila serahkan borang yang telah lengkap ini di kaunter Pusat Kesihatan Universiti untuk semakan semasa pendaftaran)

PROGRAM

--

KOD PROGRAM

--	--	--	--

NO. MATRIK

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PEMERIKSAAN DOKTOR UNTUK MENGIKUTI PROGRAM PENGAJIAN DI UNIVERSITI TUN HUSSEIN ONN MALAYSIA

- i. Anda hendaklah menjawab **SEMUA SOALAN** di **BAHAGIAN I** sebelum menyerahkan borang ini kepada doktor yang memeriksa anda.
- ii. Jika didapati keterangan anda palsu atau anda sengaja tidak memberikan keterangan, **pihak Universiti berhak menarik balik penawaran daripada mengikuti program pengajian di Universiti ini.**
- iii. Untuk **BAHAGIAN II**, anda boleh membuat pemeriksaan dengan mana-mana doktor kerajaan atau swasta yang dapat menjalankan semua pemeriksaan dan ujian yang diperlukan.
- iv. Universiti tidak akan menanggung sebarang bayaran yang dikenakan untuk pemeriksaan dan ujian ini.
- v. Tempoh sah pemeriksaan kesihatan dan x-ray dada adalah dalam masa enam (6) bulan dari tarikh ditandatangani oleh Pegawai Perubatan.

BAHAGIAN I : (Untuk dipenuhi oleh pelajar)

1. Nama Pelajar (HURUF BESAR) :
2. Nama Bapa/ Ibu/ Penjaga (HURUF BESAR) :
3. Alamat Tetap :
.....
.....
4. No. Telefon : 5. No. Kad Pengenalan :
6. Bangsa : 7. Status Perkahwinan :
8. Umur :tahun 9. Agama :
10. Adakah anda mengidap penyakit-penyakit berikut ? * Sila bulatkan jawapan pilihan anda.

Lelah/ Asma	* Ya / Tidak	Batuk Kering	* Ya / Tidak	Sakit Jiwa	* Ya / Tidak
Sawan	* Ya / Tidak	Penyakit Jantung	* Ya / Tidak	Kecacatan Anggota	* Ya / Tidak
Lain – Lain Penyakit					
Sejarah Pembedahan					

11. Adakah ahli keluarga atau keluarga terdekat anda mengidap penyakit Batuk Kering, Sawan atau Sakit Jiwa?
.....

Saya dengan ini mengaku bahawa keterangan yang diberikan di atas adalah lengkap dan benar.

Tarikh :

Tandatangan :

BAHAGIAN II : (Untuk dipenuhi oleh doktor yang memeriksa)

Tinggi :	Berat :	Keadaan Am :			
Tekanan Darah :		Nadi :			
Ujian Penglihatan	Mata Kanan		Mata Kiri		Penglihatan Warna <i>(Sila guna carta Ishihara)</i>
	Dengan Kaca Mata		Dengan Kaca Mata		Normal
	Tanpa Kaca Mata		Tanpa Kaca Mata		Tidak Normal
Pemeriksaan Sistem Pernafasan					
Pemeriksaan Sistem Kardiovaskular					
Pemeriksaan Abdomen					
Pemeriksaan Sistem Saraf & Maskuloskeletal					
X – Ray Dada <i>(Sekiranya perlu sahaja)</i> :					
Pemeriksaan Air Kencing <i>(Sila lampirkan laporan perubatan)</i> ;					
<p>1. FEME :</p> <p>2. DADAH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morfin - Kanabis - Amfetamin - Metamfetamin 					

Ulasan berkaitan rawatan lanjut :

.....

.....

.....

.....

Saya mengaku bahawa saya telah memeriksa Encik / Puan / Cik

Saya dapati beliau **LAYAK/ TIDAK LAYAK** untuk ditempatkan di Universiti Tun Hussein Onn Malaysia.

Tarikh :

Tandatangan :

Nama :

Jawatan :

Hospital / Klinik :

(Cop Rasmi)



PERAKUAN KEBENARAN BIUS DAN PEMBEDAHAN

(Untuk calon di bawah 21 tahun)

(Sila serahkan borang yang telah lengkap ini di kaunter Pusat Kesihatan Universiti untuk semakan semasa pendaftaran)

Pegawai Perubatan,
Universiti Tun Hussein Onn Malaysia.

Saya,
No. Kad Pengenalan/ MyKad/ No. Passport : Bapa/ Ibu/ Penjaga kepada
(Nama Pelajar), dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk
menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang anak/ anak jagaan saya ini memerlukan rawatan bius/
pembedahan pada masa yang diperlukan.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Bapa/ Ibu/ Penjaga)

Tarikh :

Nama Bapa/ Ibu/ Penjaga

.....

Alamat:

.....

.....

.....

Nombor Telefon :