



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. | _____ |
| | Jelaskan | c. | _____ | d. | _____ |

16. Sejarah Keluarga :

- | | | |
|----|--------------------------|---------------------------------|
| a. | ☐ | Penyakit Mental |
| b. | ☐ | Kanser |
| c. | ☐ | Diabetes Melitus |
| d. | ☐ | Hipertensi (Darah Tinggi) |
| e. | ☐ | Strok (Angin Ahmar) |
| f. | ☐ | Penyakit Jantung |
| g. | ☐ | Lain-lain (sila nyatakan) _____ |

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL

- Tinggi : m Berat Badan : kg
- Indeks Jisim Tubuh (BMI) : kg/m²

BMI < 18.5 (Kurang Berat Badan)
 BMI 18.5 – 24.9 (Normal)
 BMI 25 – 29.9 (Lebih Berat Badan)
 BMI > 30 (Kegemukan/Obes)
- Penglihatan : 6 / Kanan 6 / Kiri (Tanpa Cermin Mata)
 6 / Kanan 6 / Kiri (Dengan Cermin Mata)
- Kadar Nadi : _____ / min Rentak (Rhythm) : _____
- Tekanan Darah (BP) : _____ sistolik mm / Hg
 _____ diastolik mm / Hg
- Pemeriksaan Klinikal Payudara : Normal / Tidak Normal : _____
- Pap Smear : _____
- Lain-lain pemeriksaan yang berkaitan : _____

C. UJIAN MAKMAL

- Glukosa Darah: _____ atau Rawak (Random) _____ mmol/l
 Puasa (Fasting) _____ mmol/l
- 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)*