



LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTOR

A. PENGENALAN PELAJAR

1. NAMA	:	<input type="text"/>
2. NO.KAD PENGENALAN	:	<input type="text"/>
3. PROGRAM PELAJAR	:	<input type="text"/>
4. TARIKH LAHIR	:	<input type="text"/>
5. STATUS	:	<input type="text"/>
6. UMUR	:	<input type="text"/>
7. JANTINA	:	<input type="text"/>
8. WARGANEGARA	:	<input type="text"/>
9. BANGSA	:	<input type="text"/>
10. ALAMAT TETAP	:	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
11. NO TEL	:	<input type="text"/>
12. NO TEL RUMAH	:	<input type="text"/>

TANDATANGAN PELAJAR

TARIKH : _____

.....
NAMA: _____
K/P : _____

B. LAPORAN PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN

- a. KETINGGIAN :
- b. BERAT BADAN :

c. Adakah anda pernah atau sedang menghadapi penyakit berikut ?

PENYAKIT	YA	TIDAK
Darah tinggi		
Diabetis		
Lelah		
Batuk Kering		
Sakit Jantung		
Kanser		
Buah Pinggang		
Gila Babi		
Sakit Jiwa		
Lain-lain Nyatakan :		

d. Adakah anda mengalami :- (nyatakan)

Kecacatan	
Penyakit Berjangkit	
Alahan	

e. Ujian penyalahgunaan dadah

Positif	
Negatif	

Saya dengan ini mengaku bahawa segala maklumat di atas adalah benar ;

Laporan/Catatan Pegawai Perubatan

.....

Tarikh :

(Tandatangan & Cop Peg. Perubatan)

- Semua pelajar **Diploma Kejururawatan (DKJ)** diWAJIBkan menjalani pemeriksaan doktor termasuk **X-RAY & Hepatitis B**.