

**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
PERMOHONAN LESEN BAHARU PEMANDU PELANCONG
KEMENTERIAN PELANCONGAN, SENI DAN BUDAYA**

BAHAGIAN 1 (Untuk diisi oleh pemohon sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

A. MAKLUMAT PERIBADI					
Nama :					
No. Kad Pengenalan :			Umur :		
Jantina :			Agama :		
Status Perkahwinan :			Bangsa :		
Alamat :					
No. Telefon (Rumah) :				No. Telefon (Bimbit) :	
E-mel :					

B. SEJARAH PERUBATAN KELUARGA			
Pernahkah ahli keluarga anda menghidapi penyakit-penyakit berikut: (sila tandakan \surd di mana berkenaan)			
PENYAKIT	YA	TIDAK	PERTALIAN
Masalah jantung			
Tekanan darah tinggi			
Tahap kolestrol tinggi			
Sawan			
Penyakit mental			
Kencing manis			
Batuk kering			
Lelah			
Masalah buah pinggang			

C. SEJARAH PERUBATAN DIRI			
Adakah anda mengidap/ pernah mengalami masalah kesihatan berikut: (sila tandakan \surd di mana berkenaan)			
PENYAKIT	YA	TIDAK	CATATAN
Kecederaan teruk			
Masalah jantung			
Tekanan darah tinggi			
Tahap kolestrol tinggi			
Sawan			
Penyakit mental			
Kencing manis			
Batuk kering			
Lelah			
Masalah buah pinggang			
Alahan			
Penagihan Dadah			

PENYAKIT	YA	TIDAK	CATATAN
HIV/AIDS			
Kanser			
Kecacatan anggota			
Lain-lain penyakit			

Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

Ya Tidak Catatan :

D. PENGAKUAN DAN KEBENARAN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat di atas adalah benar dan sedia maklum bahawa permohonan saya akan ditolak sekiranya maklumat yang diberikan adalah tidak benar. Sekiranya maklumat ini didapati palsu, pihak Kementerian berhak untuk mengambil tindakan di bawah Akta Industri Pelancongan 1992 [Akta 482] atau apa-apa tindakan perundangan yang berkaitan.

Tandatangan Pemohon :
 Nama Pemohon :
 No. MyKad :
 Tarikh :

Pengakuan Saksi*

Saya dengan ini mengesahkan maklumat Kesihatan di Bahagian B serta C dibuat oleh pemohon dan tandatangan di Bahagian D adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi :
 Nama Saksi :
 No. MyKad :
 Tarikh :

* Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.

Orientasi : Masa Tempat Individu

Halusinasi : Ada Tiada

Catatan:

(iv) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM*)

Anggota Atas: : Biasa Luar Biasa

Anggota Bawah: : Biasa Luar Biasa

Gaya Berjalan: : : Biasa Luar Biasa

Catatan: _____

C. UJIAN MAKMAL

PEMERIKSAAN AIR KENCING

Ujian	Keputusan	Tarikh Ambil
Gula		
Albumin		

UJIAN - UJIAN LAIN

(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

D. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa _____
No MyKad _____ pada _____ dan mendapati bahawa:

beliau tidak menghidap sebarang masalah kesihatan dan disahkan sihat.

beliau menghidap masalah kesihatan.

Nama Penyakit	Tahap Penyakit (ringan / sederhana]
1.	
2.	
3.	

Catatan :

beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal.

dan mendapati beliau **SESUAI/TIDAK SESUAI** untuk bekerja sebagai Pemandu Pelancong.
***potong yang tidak berkenaan**

Tandatangan

Nama :

MyKad/No. Pasport :

Jawatan :

No. Pendaftaran MMC :

Tarikh :

Cop Rasmi :