



## BORANG PERAKUAN KESIHATAN ANGKATAN PERTAHANAN AWAM MALAYSIA

IPT : UNIVERSITI TUN HUSSEIN ONN MALAYSIA

Program :

**Untuk Kegunaan Pejabat:**

Pengelasan Kursus:

- Risiko Tinggi  
 Risiko Sederhana  
 Biasa

Keputusan Saringan:

- Lulus  
 Gagal / perlu pemeriksaan doktor

1. MAKLUMAT PERIBADI PESERTA			
Tarikh :			
Nama :			
Alamat :			
No. Kad Pengenalan :		Umur :	
Tarikh Lahir :	Jantina :	Kumpulan Darah :	
2. SEJARAH PERIBADI PESERTA *			
Merokok :	YA / TIDAK	Alkohol :	YA / TIDAK
3. SEJARAH KESIHATAN PESERTA *			
Asma	: YA / TIDAK	Epilepsy (Sawan)	: YA / TIDAK
Masalah Jantung	: YA / TIDAK	TB	: YA / TIDAK
Diabetis	: YA / TIDAK	Gangguan Pendarahan	: YA / TIDAK
Psychiatric	: YA / TIDAK	Kusta	: YA / TIDAK
Menjalani Pembedahan	: YA / TIDAK	Sedang Dalam Rawatan	: YA / TIDAK
		Penyakit Telinga	: YA / TIDAK
		Darah Tinggi	: YA / TIDAK
		Polio	: YA / TIDAK
		Penyakit Kelamin	: YA / TIDAK
		Lain-lain	:
4. Sila jawab soalan berikut berkenaan sejarah masa lalu atau semasa anda:*			
A. Adakah anda hamil, atau anda dalam proses kehamilan?		<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
B. Adakah anda merasa sakit di dada apabila anda melakukan aktiviti fizikal?		<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
C. Adakah anda pernah terlibat dengan Apa-apa kemalangan menyelam atau penyakit penyahmampatan?		<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
D. Adakah anda pernah hilang pengawalan diri disebabkan kepeningan atau hilang kesedaran?		<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
E. Adakah anda mempunyai masalah tulang atau sendi (Contohnya tulang belakang, lutut atau pinggul) dan akan bertambah teruk jika melakukan aktiviti berat?		<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
F. Adakah doktor anda mempreskripsikan dadah (Contoh ' water pills') untuk rawatan darah dan jantung anda sekarang?		<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
* Tandakan YA/TIDAK pada ruang yang disediakan.			
Jika jawapan anda "YA" kepada satu atau lebih soalan pada <b>Perkara 3</b> dan <b>Perkara 4</b> , kami menasihati supaya anda untuk menghubungi doktor anda sebelum melibatkan diri dalam aktiviti anjuran Pertahanan Awam.			
5. BODY MASS INDEX (BMI) (Jika Perlu)			
Tinggi (CM)			
Berat (KG)			
BMI			
Tekanan Darah			
Kandungan Gula Dalam Darah			
6. PERAKUAN			
1. Dengan ini, saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.			
2. Saya tidak akan membuat sebarang tuntutan kepada Angkatan Pertahanan Awam Malaysia atau Jurulatih atau Fasilitator jika berlaku sebarang kemalangan disebabkan faktor kesihatan saya sepanjang majlis ini dan saya bersetuju untuk bertanggungjawab mengenai kegagalan saya untuk mendedahkan apa-apa keadaan kesihatan yang sedia ada atau yang lalu.			

Tandatangan Peserta :

.....

Nama :

Tarikh :