



BORANG PERAKUAN KESIHATAN JABATAN PERTAHANAN AWAM MALAYSIA

Pejabat / Pusat Latihan : _____

Nama Kursus / Latihan : _____

Untuk Kegunaan Pejabat:

Pengelasan Kursus:

- Risiko Tinggi
 Risiko Sederhana
 Biasa.

Keputusan saringan:

- Lulus
 Gagal / perlu pemeriksaan doktor

1. MAKLUMAT PERIBADI PESERTA KURSUS

Tarikh :	Kementerian /Jabatan /Negeri /Daerah/Unit :		
Nama :			
Alamat :			
No. Kad Pengenalan :			Umur :
Tarikh lahir :	Jantina :	Kumpulan darah :	

2. SEJARAH PERIBADI PESERTA KURSUS *

Merokok :	YA / TIDAK	Alkohol :	YA / TIDAK
-----------	------------	-----------	------------

3. SEJARAH KESIHATAN PESERTA KURSUS *

Asma :	YA / TIDAK	Epilepsy (Sawan) :	YA / TIDAK	Penyakit telinga :	YA / TIDAK
Masalah jantung :	YA / TIDAK	TB :	YA / TIDAK	Darah tinggi :	YA / TIDAK
Diabetis :	YA / TIDAK	Gangguan pendarahan :	YA / TIDAK	Polio :	YA / TIDAK
Psychiatric :	YA / TIDAK	Kusta :	YA / TIDAK	Penyakit kelamin :	YA / TIDAK
Menjalani pembedahan :	YA / TIDAK	Sedang dalam rawatan :	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 Perkara 3 dan Perkara 4, kami menasihati supaya anda untuk menghubungi doktor anda sebelum melibatkan diri dalam kursus anjuran Pertahanan Awam

5. BODY MASS INDEX (BMI) (Jika perlu)

Tinggi (cm)	
Berat (kg)	
BMI	
Tekanan Darah	
Kandungan gula dalam darah	

6. PERAKUAN

- Dengan ini, saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.
- Saya tidak akan membuat sebarang tuntutan kepada Jabatan Pertahanan Awam Malaysia atau Pusat Latihan Pertahanan Awam atau jurulatih atau Fasilitator jika berlaku sebarang kemalangan disebabkan faktor kesihatan saya sepanjang kursus 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 :