

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

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

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

<b>B. SEJARAH PERUBATAN KELUARGA</b>			
Pernahkah ahli keluarga anda menghidapi penyakit-penyakit berikut: (sila tandakan ✓ 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			

<b>C. SEJARAH PERUBATAN DIRI</b>			
Adakah anda mengidap/ pernah mengalami masalah kesihatan berikut: (sila tandakan ✓ 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 : \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN 2 (Untuk diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)****A. PEMERIKSAAN UMUM**

Tinggi : \_\_\_\_\_ m Tekanan Darah : \_\_\_\_\_ mmHg  
Berat : \_\_\_\_\_ kg Kadar Nadi : \_\_\_\_\_ /min  
BMI : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Keadaan Keseluruhan :

**B. PEMERIKSAAN FIZIKAL****(i) PEMERIKSAAN MATA**

Penglihatan tanpa kaca mata :  Kanan  Kiri  
Penglihatan dengan kaca mata :    
Penglihatan warna :  Biasa  Luar Biasa

**(ii) PEMERIKSAAN TELINGA/PENDENGARAN**

Pemeriksaan fizikal :  Kanan  Biasa  Kiri  Biasa  
 Luar Biasa  Luar Biasa  
Pemeriksaan Pendengaran :  Kanan  Biasa  Kiri  Biasa  
 Luar Biasa  Luar Biasa

**(iii) PENILAIAN MENTAL STATUS (*MENTAL HEALTH ASSESSMENT*)**

Penampilan Diri :  Pemakaian  Kerapian  Kesesuaian  
Pertuturan :  Jelas  Berkaitan  Waras  
Keadaan Emosi :  Tertekan  Sangat riang  Biasa

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 :