

**PEMERIKSAAN DOKTOR UNTUK TUJUAN PENGELUARAN LESEN PEMALIMAN
OLEH SURUHANJAYA PELABUHAN PULAU PINANG**

(Seksyen 70CA(1) dan 70H(1), Akta Suruhanjaya Pelabuhan Pulau Pinang, 1955)

**PEMERIKSAAN DOKTOR BAGI PEMEGANG LESEN PEMALIMAN
SURUHANJAYA PELABUHAN PULAU PINANG**

(Kaedah 29(3) Undang-undang Kecil Suruhanjaya Pelabuhan Pulau Pinang (Pemaliman) 1991)

Calon bagi jawatan hendaklah mengisi Bahagian 'A' di bawah ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan pada masa ia diperiksa bersama-sama dengan surat berkenaan yang disertakan ini.

Calon adalah bertanggungjawab memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam borang ini dan jika dengan sengaja calon tiada memberikan apa-apa penerangan ia boleh diberhentikan kerja.

Untuk tujuan pemeriksaan doktor jika tuan/puan pernah memakai cermin mata, tuan/puan hendaklah membawanya bersama. Sila juga membawa kertas-kertas Lembaga Perubatan jika ada.

NAMA DIRI (PENUH)		
ALAMAT	PEKERJAAN	NO. KAD PENGENALAN
TARAF PERKAHWINAN <input style="width: 50px; height: 25px;" type="checkbox"/> Bujang <input style="width: 50px; height: 25px;" type="checkbox"/> Berkahwin <input style="width: 50px; height: 25px;" type="checkbox"/> Duda/Janda	TARIKH LAHIR	TEMPAT DILAHIRKAN

A. PENGAKUAN PEMOHON:

	YA	TIDAK	
1. Adakah tuan/puan mengidap			Jika ya nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
(a) Kahak berdarah (<i>Blood stained Sputum</i>)	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	
(b) Sakit lelah (<i>Asthma</i>)	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	
(c) Batuk Kering/Tibi (<i>Tuberculosis</i>)	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	
(d) Lain-lain penyakit paru-paru (<i>Other diseases of lungs</i>)	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>	

(e) Sengal-sengal sendi (<i>Joint pains</i>)	☐	☐	
(f) Bengkak kaki (<i>Swelling of legs</i>)	☐	☐	
(g) Pening kepala (<i>Giddiness</i>)	☐	☐	
(h) Burut (<i>Swelling of scrotum</i>)	☐	☐	
(i) Sawan (<i>Fits</i>)	☐	☐	
(j) Kencing manis (<i>Diabetes</i>)	☐	☐	
(k) Darah Tinggi (<i>High blood pressure</i>)	☐	☐	
(l) Ketagihan dadah (<i>Drug addict</i>)	☐	☐	
(m) Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat (<i>Any other disease or serious personal injury</i>)	☐	☐	

2. Keadaan Panca Indera

BOLEH

TIDAK

Jika tidak nyatakan tarikh dan butir-butir
lanjut(a) Rasa (*Taste*)☐☐

.....

(b) Bau (*Smell*)☐☐

.....

(c) Sentuhan (*Touch*)☐☐

.....

(d) Penglihatan (*Vision*)☐☐

.....

(e) Pendengaran
(*Hearing*)☐☐

.....

	YA	TIDAK	Jika tidak nyatakan tarikh dan butir-butir lanjut
3. (a) Adakah pernah tuan/puan diperiksa oleh Lembaga Perubatan	☐	☐	
(b) Sila nyatakan sama ada tuan/puan bersetuju atau tidak rekod Lembaga Perubatan (jika ada) diperiksa oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa.	☐	☐	
(c) Adakah tuan/puan menerima pencen daripada mana-mana punca	☐	☐	
(d) Adakah tuan/puan atau mana-mana ahli keluarga tuan/puan atau saudara mara yang dekat pernah atau sedang mengidap penyakit jiwa atau penyakit turun-temurun yang diketahui	☐	☐	

Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas adalah benar dan lengkap.

Tarikh:

(Tandatangan calon)

Saya sahkan bahawa tandatangan di atas adalah tangan

Encik/Cik:

Tandatangan Saksi:

Nama Saksi:

No. Kad Pengenalan Saksi:

Alamat:

Tarikh:

B. BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA

1. a) Nama Pegawai Perubatan yang memeriksa
- b) Jawatan
- c) No. Kad Pengenalan
- d) Tarikh pemeriksaan
- e) Nama Hospital

- | | YA | TIDAK | Jika ya nyatakan butir-butir selanjutnya? |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 2. a) Adakah tuan/puan mempunyai pertalian keluarga dengan pemohon. | ☐ | ☐ | |
| b) Adakah pernah tuan/puan mengubatinya. | ☐ | ☐ | |

.....
(Tarikh)

.....
(Tandatangan)

C. BUTIRAN-BUTIRAN YANG PERIKSA

Pegawai-pegawai Perubatan yang memeriksa dikehendaki memeriksa pemohon itu seluruhnya dan menyiapkan penyata yang di bawah ini dengan tepat.

Catitan Doktor

1. TINGGI/BERAT

meter	kg
--	---

2. PEMERIKSAAN MATA

- a) Penglihatan tanpa alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan)
(*Unaided Vision*)

--	--

.....

- b) Penglihatan dengan alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan)
(*Aided Vision*)

--	--

.....

	KANAN	KIRI	Catitan Doktor												
c) Penglihatan warna (<i>Colour Perception</i>)	<table border="1"> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> <tr><td>Tiada</td><td></td></tr> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> </table>	Biasa		Tiada		Biasa		<table border="1"> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> <tr><td>Tiada</td><td></td></tr> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> </table>	Biasa		Tiada		Biasa		
Biasa															
Tiada															
Biasa															
Biasa															
Tiada															
Biasa															

d) Fundus	<table border="1"> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> <tr><td>Tiada</td><td></td></tr> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> </table>	Biasa		Tiada		Biasa		<table border="1"> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> <tr><td>Tiada</td><td></td></tr> <tr><td>Biasa</td><td></td></tr> </table>	Biasa		Tiada		Biasa		
Biasa															
Tiada															
Biasa															
Biasa															
Tiada															
Biasa															

3. PEMERIKSAAN TELINGA

a) Adakah telinganya bernanah (<i>Any ear discharge</i>)	<table border="1"> <tr><td>Ya</td><td></td></tr> <tr><td>Tidak</td><td></td></tr> </table>	Ya		Tidak		<table border="1"> <tr><td>Ya</td><td></td></tr> <tr><td>Tidak</td><td></td></tr> </table>	Ya		Tidak		
Ya											
Tidak											
Ya											
Tidak											

b) Adakah terdapat timpanum berlubang (<i>Tympanic perforation</i>)	<table border="1"> <tr><td>Ya</td><td></td></tr> <tr><td>Tidak</td><td></td></tr> </table>	Ya		Tidak		<table border="1"> <tr><td>Ya</td><td></td></tr> <tr><td>Tidak</td><td></td></tr> </table>	Ya		Tidak		
Ya											
Tidak											
Ya											
Tidak											

c) Pendengaran (<i>Hearing</i>)	<table border="1"> <tr><td>Baik</td><td></td></tr> <tr><td>Kurang</td><td></td></tr> <tr><td>Baik</td><td></td></tr> </table>	Baik		Kurang		Baik		<table border="1"> <tr><td>Baik</td><td></td></tr> <tr><td>Kurang</td><td></td></tr> <tr><td>Baik</td><td></td></tr> </table>	Baik		Kurang		Baik		
Baik															
Kurang															
Baik															
Baik															
Kurang															
Baik															

4. PEMERIKSAAN GIGI

Sama ada beliau ada

	YA	TIDAK	
a) Kerosakan gigi yang teruk (<i>Advanced Dental Caries</i>)	☐	☐	
b) Gigi palsu (<i>Dentures</i>)	☐	☐	

5. PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG

Sam ada beliau pernah mengalami

a) Pembesaran tonsil (<i>Enlarged Tonsils</i>)	YA	TIDAK	
	☐	☐	
b) Lelangit bercelah (<i>Cleft Palate</i>)			
	☐	☐	

- | | YA | TIDAK | |
|---|---|---|-------|
| c) Lain-lain abnormaliti yang teruk
(Any other severe abnormality) | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px; margin: 0 auto;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 25px; margin: 0 auto;"></div> | |

6. PEMERIKSAAN NADI

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|-------|
| a) Kadar seminit
(Rate per minute) | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Baik</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Tidak Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |
| b) Sifat Denyutan
(Character) | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Baik</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Tidak Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |

- | | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|--|-------|
| 7. TEKANAN DARAH | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Sistolik</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">mmHg</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Diastolik</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">mmHg</div> | |
|-------------------------|--|--|---|--|-------|

8. PEMERIKSAAN DADA

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|-------|
| a) Sifatnya | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Baik</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Luar Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |
| b) Bila tarik nafas adakah penarikan nafas biasa
(Expansion of the chest) | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Baik</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Tidak Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |
| c) Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa penarikan nafas
(Equal on both sides on Expansion) | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Sama</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Tidak sama</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |
| d) Bunyi perkusi
(Percussion) | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Luar Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |
| e) Auskultasi
(Auscultation) | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Luar Biasa</div> | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;"></div> | |

9. PEMERIKSAAN JANTUNG

Catitan Doktor

- | | | | | | |
|---|-------|--|------------|--|-------|
| a) Saiz Jantung | Biasa | | Luar Biasa | | |
| b) Bunyi Jantung | Biasa | | Luar Biasa | | |
| c) Rentak (Rhythm) | Biasa | | Luar Biasa | | |
| d) Adakah terdapat murmur atau lain-lain bunyi luar biasa | Biasa | | Luar Biasa | | |

10. PEMERIKSAAN ABDOMEN

- | | | | | | |
|--|----------|--|----------------|--|-------|
| a) Hati (<i>Liver</i>) | Palpabel | | Tidak Palpabel | | |
| b) Kura (<i>Spleen</i>) | Palpabel | | Tidak Palpabel | | |
| c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut?
(<i>Any abnormal Abdominal mass</i>) | Palpabel | | Tidak Palpabel | | |

11. PEMERIKSAAN LUBANG-LUBANG HENIA

(*Examination of Hernial Orifices*)

- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|

12. PEMERIKSAAN KAJISARAF DAN KEADAAN MENTAL

- | | | | | | |
|---|-------|--|------------|--|-------|
| a) Keadaan sentak lutut
(<i>Knee Jerk</i>) | Biasa | | Luar Biasa | | |
| b) Keadaan sentak pergelangan kaki
(<i>Ankle Jerk</i>) | Biasa | | Luar Biasa | | |

- c) Keadaan sentak plantar
(*Plantar Reflex*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- d) Keadaan anak mata
(*Condition of Pupil*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- e) Refleksi anak mata
(*Light Reflex*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- f) Keadaan Mental
(*Mental Condition*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- g) Percakapan/pertuturan
(*Speech*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|

13. PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR

- a) Anggota atas
(*Upper Limbs*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- b) Anggota bawah
(*Lower Limbs*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- c) Kolom Spina
(*Spinal Column*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|
- d) Gaya Berjalan
(*Gait*)
- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|

14. PEMERIKSAAN URO JANTINA

(untuk lelaki sahaja
dan perempuan jika
perlu)

- | | | | | |
|-------|--|------------|--|-------|
| Biasa | | Luar Biasa | | |
|-------|--|------------|--|-------|

15. PEMERIKSAAN AIR KENCING

Sp. Gravity		
-------------	--	-------

Gula		
------	--	-------

Albumin		
---------	--	-------

Pemeriksaan Mikroskopik		
-------------------------	--	-------

Dadah		
-------	--	-------

16. PEMERIKSAAN X-RAY DADA

- a) Nombor X-ray
- b) Tarikh X-ray
- c) Tempat X-ray diambil
- d) Penyata X-ray

17. LAIN-LAIN PEMERIKSAAN YANG MANA DIFIKIRKAN PERLU OLEH PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA

Saya dengan ini mengakui bahawa saya telah memeriksa

No. K.P. pada termasuk x-ray dan saya dapati:-

- i) Ia tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat untuk dilantik.
- ii) Ia tidak begitu sihat seperti di butiran tetapi boleh dilantik untuk berkhidmat dengan Kerajaan.
- iii) Ia tidak sihat dan tidak disokong untuk dilantik berkhidmat dengan Kerajaan.

TANDATANGAN

NAMA

(DENGAN HURUF BESAR)

NO. KAD PENGENALAN

KELAYAKAN

JAWATAN

COP RASMI