



LAPORAN PENGAMAL PERUBATAN
MEDICAL PRACTITIONER'S REPORT

Saya telah memeriksa _____ No. KP/Pasport: _____
 I have examined _____ IC/Passport No: _____

mengikut standard perubatan Jabatan Laut Malaysia JL/P/02/98 dan keputusannya adalah berikut:
 as per the Malaysian Marine Department medical standards JL/P/02/98 and the results are as follows:

Tinggi/Berat <i>Height/Weight</i>	_____ metres	_____ kg	Pelaut akan dinilai sebagai cergas: <i>The seafarers may be assessed as fit:</i>		
Pendengaran <i>Hearing</i>	_____	_____	A	untuk perkhidmatan laut tanpa batasan <i>for unrestricted sea service</i>	<input type="checkbox"/>
Penglihatan <i>Eyesight</i>	kanan <i>right</i>	kiri <i>left</i>	A (T)	untuk perkhidmatan tanpa batasan, tertakluk kepada pengawasan perubatan <i>for unrestricted service, subject to medical surveillance</i>	<input type="checkbox"/>
Penglihatan dgn kacamata <i>Eyesight with visual aids</i>	kanan <i>right</i>	kiri <i>left</i>	E	untuk perkhidmatan terbatas sahaja <i>for restricted service only</i>	<input type="checkbox"/>
Penglihatan Warna <i>Colour Vision</i>	_____	_____	Pelaut akan dinilai sebagai tidak cergas: <i>The seafarers may be assessed as not fit:</i>		
Ujian Kencing <i>Urinalysis</i>	_____ gula <i>sugar</i>	_____ albumin	B	kekal <i>permanently</i>	<input type="checkbox"/>
Nadi <i>Pulse</i>	_____ /min		C	tidak tetap: kajian semula dalam tempoh <i>indefinitely: review in</i>	bulan <input type="checkbox"/> <i>months</i>
Tekanan darah <i>Blood pressure</i>	_____		D	sementara: kajian semula dalam tempoh <i>temporarily: review in</i>	minggu <input type="checkbox"/> <i>weeks</i>
Chest X-ray	Normal/Abnormal	X-ray Number: _____			
ECG	Normal/Abnormal				

	Normal	Abnormal	Remarks
1 Infectious diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Malignant Neoplasm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Endocrine and Metabolic Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Disease of the blood and blood forming organs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Mental Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Central Nervous system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Cardiovascular system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Respiratory system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Digestive system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Genito-Urinary System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Pregnancy	No	Yes	(week _____) _____
12 Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Musculo-skeletal system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Speech Defects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Ears/Nose/Throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16 Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Perakuan ini sah sehingga _____
 This certificate is valid until _____

Tarikh
 Date

Signature of Medical Practitioner
 MMC No: _____

PENGAKUAN PELAUT YANG INGIN MENJALANI PEMERIKSAAN PERUBATAN
TESTIMONIAL OF SEAMAN UNDERGOING MEDICAL EXAMINATION

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tandakan X dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruangan catitan.
Please answer the following with reference to your health. Tick X in the appropriate 'Yes' or 'No' column. If ticked 'Yes' please elaborate in the remarks column.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut:
Do you have any history or are undergoing treatment in any of the following:

No	Perihal Regarding	Ya Yes	Tidak No	Catitan Remarks
1	Masalah mata <i>Eye disorders</i>			
	- Katarak <i>Cataract</i>			
	- Pandangan monocular <i>Monocular sight</i>			
	-Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan <i>-Other factors which hinder vision</i>			
2	Buta warna <i>Colour blind</i>			
3	Sukar melihat dalam gelap <i>Night blindness</i>			
4	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan <i>Convulsion or fits</i>			
5	Kecederaan berat dikepala <i>Heavy injuries to head</i>			
6	Serangan pening atau pening <i>Dizziness</i>			
7	Sakit kepala yang berat atau 'migraine' <i>Severe headache or migraine</i>			
8	Pembedahan otak yang 'major' <i>Major brain operation</i>			
9	Kencing manis dalam rawatan insulin <i>Diabetis undergoing insulin treatment</i>			
10	Penyakit mental <i>Mental Disorder</i>			
11	Penyalahgunaan arak/dadah dalam masa 5 tahun yang lalu <i>Misuse of alcohol/drugs within last 5 years</i>			
12	Kecacatan tulang belakang <i>Spinal disformity</i>			
13	Penyakit jantung/tekanan darah tinggi/debaran jantung <i>Heart disease/ hypertension/ heart palpitations</i>			
14	Sesak nafas/muntah darah/batuk kronik <i>Breathing difficulty/ blood vomiting/ chronic cough</i>			
15	Pekak <i>Deafness</i>			
16	Penyakit buah pinggang <i>Kidney disease</i>			
17	Apa-apa rawatan yang berulang <i>Any regular medical treatment</i>			
18	Apa-apa penyakit/kecederaan yang tidak dinyatakan diatas <i>Any injury/disease not stated above</i>			

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat diatas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa kenyataan palsu yang boleh menjejaskan prestasi kerja saya. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan Jabatan Laut, dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian untuk bekerja diatas kapal.

I declare that the information given above is correct to the best of my knowledge. I further declare that I have not hidden any information or made false statement which can jeopardize my work. I do give permission for the medical practitioner to communicate with any other medical practitioners or the Marine Department in any matters which can affect my placement on board a vessel.

Tandatangan pemohon:..... No Kad Pelaut:.....
Applicants signature *Seaman Card No:*

Nama (dlm huruf besar) : No. Kad Pengenalan:
Name (in capital letters) *NRIC/Passport Number*

Disaksikan oleh: (Dr) :
Witnessed by

Official Stamp of Medical Practitioner