

## LAPORAN DEKLARASI KESIHATAN (HEALTH DECLARATION REPORT)

Lekat gambar anda di sini  
/ Paste your photograph  
here

### A. DATA PERIBADI /PERSONAL DETAILS

SILA ISI DALAM HURUF BESAR/PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS

TAHUN AKADEMIK/SEMESTER: ACADEMIC YEAR/SEMESTER		PUSAT PENGAJIAN: SCHOOL	
NAMA: NAME:		NO. K/P : IC NO:	
TARIKH LAHIR : DATE OF BIRTH:		NO. PASPOT: PASSPORT NO.:	
KEWARGANEGARAAN: NATIONALITY:		Matrik NO: NO MATRIC:	
JANTINA: SEX:		NO TELEFON BIMBIT: HANDPHONE NO:	
STATUS PERKAHWINAN: MARITAL STATUS:			
NAMA PENJAGA: NAME OF GURADIAN:			
NO. TELEFON: TELEPHONE NO.:			

### B. MAKLUMAT KESIHATAN DIRI & KELUARGA (HEALTH'S CONDITION OF YOU & FAMILY) SILA TANDAKAN (/) DI KOTAK BERKENAAN (PLEASE TICK(/) IN THE RELEVANT BOX)

SILA BERI MAKLUMAT KESIHATAN YANG **LENGKAP** DAN **TEPAT** TENTANG ANDA DAN KELUARGA.(PLEASE PROVIDE **COMPLETE** AND **TRUE** INFORMATION ON THE HEALTH'S CONDITION OF YOU AND YOUR FAMILY)

PENAKUAN MENGENAI PENYAKIT YANG DIHADAPI SENDIRI DAN AHLI KELUARGA TERDEKAT (IBU, BAPA, ADIK BERADIK). (DECLARATION OF SELF AND IMMEDIATE FAMILY [FATHER, MOTHER, SIBLINGS] ILLNESS.)

SILA JELASKAN DENGAN LANJUT SEKIRANYA ANDA ATAU AHLI KELUARGA MENGHADAPI PENYAKIT –PENYAKIT BERIKUT: (EXPLAIN IN FULL IF YOU OR YOUR FAMILY HAS ANY OF THE FOLLOWING ILLNESSES)

NO. (No.)	MASALAH KESIHATAN MEDICAL PROBLEMS	DIRI SELF		KELUARGA TERDEKAT IMMEDIATE FAMILY		JIKA YA, SILA NYATAKAN IF YES, PLEASE STATE
		Ya Yes	Tidak No	Ya Yes	Tidak No	
1.	PENYAKIT KETURUNAN/ PENYAKIT SEJAK LAHIR CONGENITAL OR INHERITED DISORDER					
2.	ALERGI ALLERGY					
3.	SAKIT JIWA MENTAL ILLNESS					
4.	SAWAN, STROK, PENYAKIT SARAF FITS, STROKE, OTHER NEUROLOGICAL DISEASE					

NO. (No.)	MASALAH KESEHATAN MEDICAL PROBLEMS	DIRI SELF		KELUARGA TERDEKAT IMMEDIATE FAMILY		JIKA YA, SILA NYATAKAN IF YES, PLEASE STATE
		Ya Yes	Tidak No	Ya Yes	Tidak No	
5.	MIGRAIN MIGRAINE					
6.	RESDUNG /SINUS ALLERGIC RHINITIS / SINUSITIS					
7.	KENCING MANIS DIABETES					
8.	DARAH TINGGI HYPERTENSION					
9.	SAKIT JANTUNG /PENYAKIT JANTUNG HEART OR VASCULAR DISEASE					
10.	PENYAKIT GASTRIK GASTRIC					
11.	ASMA / LELAH ASTHMA					
12.	SAKIT TIROID/ BEGUK THYROID DISEASE					
13.	SAKIT BUAH PINGGANG KIDNEY DISEASE					
14.	KANSER CANCER					
15.	PENYAKIT TIBI / BATUK KERING TUBERCULOSIS					
16.	PENYALAHGUNAAN DADAH DRUG ADDICTION					
17.	HIV AID					
18.	HEPATITIS B/C HEPATITIS B/C					
19.	KECACATAN (SILA NYATAKAN JENIS KECACATAN) DEFORMITY (PLEASE STATE THE TYPE OF DEFORMITY)					
20.	SEJARAH PEMBEDAHAN HISTORY OF SURGERY					
21.	LAIN-LAIN PENYAKIT OTHER ILLNESSES					
22.	SILA NYATAKAN KUMPULAN DARAH ANDA / PLEASE STATE YOUR OWN BLOOD GROUP	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/>				

SAYA DENGAN INI MENGESAHKAN BAHAWA MAKLUMAT DI ATAS ADALAH BENAR. SAYA SEDIA MAKLUM BAHAWA PERMOHONAN SAYA AKAN DITOLAK SEKIRANYA MAKLUMAT YANG DIBERIKAN ADALAH TIDAK BENAR. SAYA DENGAN INI MEMBERI KEIZINAN AGAR LAPORAN DEKLARASI KESEHATAN INI DISERAHKAN KEPADA PIHAK UNIVERSITI DAN PIHAK BERKUASA BERKENAAN.  
(I HEREBY DECLARE THAT THE INFORMATION GIVEN ABOVE IS TRUE. I UNDERSTAND THAT MY APPLICATION WILL BE REJECTED IF THERE IS ANY FALSE INFORMATION GIVEN. I HEREBY DISCLOSE MY HEALTH DECLARATION REPORT TO USM AND OTHER RELEVANT AUTHORITIES).

-----  
TANDATANGAN CALON/ SIGNATURE OF CANDIDATE

-----  
TARIKH/DATE

NAMA /NAME: