

MEDICAL REPORT FOR MALAYSIA MY SECOND HOME PROGRAMME

PERINGATAN

Reminder

BAHAGIAN II DAN II HENDAKLAH DIISI OLEH PEMOHON YANG BERKENAAN

Part I and II are to be completed by the applicant

1. BAHAGIAN I : BUTIR-BUTIR PERIBADI PEMOHON

Part I : Personal Particulars of Applicant

- a) **NAMA PENUH :**
Full name: (DALAM HURUF BESAR / IN CAPITAL LETTERS)
- b) **NAMA LAIN (JIKA ADA) :**
Other Name (if any) (DALAM HURUF BESAR / IN CAPITAL LETTERS)
- c) **JANTINA :**
Gender:
- d) **NOMBOR PASPORT :**
PassportNumber:
- e) **TARIKH DAN TEMPAT LAHIR :**
Date and Place of Birth:

2. BAHAGIAN II : LATAR BELAKANG KESIHATAN

Part II : Medical History

a) **ADAKAH ANDA PERNAH MENGHADAPI PENYAKIT BERIKUT?**

Have you every suffered from the following ailments?

	YA <i>Yes</i>	TIDAK <i>No</i>	JIKA YA, BERI ULASAN <i>if yes, give brief details</i>
i. PENYAKIT OTAK <i>Mental Illness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. BATUK KERING <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iii. SAWAN <i>Epilepsy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BORANG RB II
RB II Form

	YA	TIDAK	JIKA YA, BERI ULASAN
	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>if yes, give brief details</i>
iv. LELAH <i>Chronic Asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v. HEPATITIS A / B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vi. AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vii. KENCING MANIS <i>Diabetes Mellitus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
viii. PENYAKIT JANTUNG <i>Heart Disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b)	RANGSANGAN <i>Senses</i>	BERFUNGSI <i>Functioning</i>	TIDAK BERFUNGSI <i>Not Functioning</i>
i.	RASA <i>Taste</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii.	BAU <i>Smell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii.	SENTUHAN <i>Touch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv.	PENGLIHATAN <i>Vision</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	PENDENGARAN <i>Hearing</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

