

**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	TARIKH LAHIR	TEMPAT DILAHIRKAN
<input type="checkbox"/> Bujang		
<input type="checkbox"/> Berkahwin		
<input type="checkbox"/> Duda/Janda		

**A. PENGAKUAN PEMOHON:**

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

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

## 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
(b) Sila nyatakan sama ada tuan/puan bersetuju atau tidak rekod Lembaga Perubatan (jika ada) diperiksa oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
(c) Adakah tuan/puan menerima pencen daripada mana-mana punca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
(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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                                     |
| b) Adakah pernah tuan/puan mengubatinya.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                                     |
| .....   |                          |                          | .....                                     |
| (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)<br>( <i>Unaided Vision</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| b) Penglihatan dengan alat pandang (seperti kaca mata, kanta sentuhan)<br>( <i>Aided Vision</i> )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

KANAN

KIRI

Catitan Doktor

c) Penglihatan warna  
(*Colour Perception*)

Biasa	
Tiada	
Biasa	

Biasa	
Tiada	
Biasa	

.....

d) Fundus

Biasa	
Tiada	
Biasa	

Biasa	
Tiada	
Biasa	

.....

**3. PEMERIKSAAN TELINGA**

a) Adakah telinganya  
bernanah  
(*Any ear discharge*)

Ya	
Tidak	

Ya	
Tidak	

.....

b) Adakah terdapat  
timpanum berlubang  
(*Tympanic perforation*)

Ya	
Tidak	

Ya	
Tidak	

.....

c) Pendengaran  
(*Hearing*)

Baik	
Kurang	
Baik	

Baik	
Kurang	
Baik	

.....

**4. PEMERIKSAAN GIGI**

Sama ada beliau ada

YA

TIDAK

a) Kerosakan gigi yang  
teruk  
(*Advanced Dental  
Caries*)



.....

b) Gigi palsu (*Dentures*)



.....

**5. PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG**

Sam ada beliau pernah mengalami

a) Pembesaran tonsil  
(*Enlarged Tonsils*)

YA

TIDAK



.....

b) Lelangit bercelah  
(*Cleft Palate*)



.....

- |  | YA                       | TIDAK                    |       |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| c) Lain-lain abnormaliti yang teruk<br>( <i>Any other severe abnormality</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

#### 6. PEMERIKSAAN NADI

- |  |   |      |  |  |             |  |       |
|--|---|------|--|--|-------------|--|-------|
| a) Kadar seminit<br>( <i>Rate per minute</i> ) | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Baik</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Baik |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Tidak Biasa |  | ..... |
| Baik   |   |      |  |  |             |  |       |
| Tidak Biasa                                    |   |      |  |  |             |  |       |
| b) Sifat Denyutan<br>( <i>Character</i> )      | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Baik</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Baik |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Tidak Biasa |  | ..... |
| Baik   |   |      |  |  |             |  |       |
| Tidak Biasa                                    |   |      |  |  |             |  |       |

- |                         |  |          |  |      |   |           |  |      |       |
|-------------------------|--|----------|--|------|---|-----------|--|------|-------|
| 7. <b>TEKANAN DARAH</b> | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sistolik</td><td style="width: 20px;"></td><td>mmHg</td></tr></table> | Sistolik |  | mmHg | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Diastolik</td><td style="width: 20px;"></td><td>mmHg</td></tr></table> | Diastolik |  | mmHg | ..... |
| Sistolik                |  | mmHg     |  |      |   |           |  |      |       |
| Diastolik               |  | mmHg     |  |      |   |           |  |      |       |

#### 8. PEMERIKSAAN DADA

- |  |  |       |  |  |             |  |       |
|--|--|-------|--|--|-------------|--|-------|
| a) Sifatnya  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Baik</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Baik  |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Luar Biasa  |  | ..... |
| Baik   |  |       |  |  |             |  |       |
| Luar Biasa   |  |       |  |  |             |  |       |
| b) Bila tarik nafas adakah penarikan nafasnya biasa<br>( <i>Expansion of the chest</i> )                           | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Baik</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Baik  |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Tidak Biasa |  | ..... |
| Baik   |  |       |  |  |             |  |       |
| Tidak Biasa  |  |       |  |  |             |  |       |
| c) Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa penarikan nafas<br>( <i>Equal on both sides on Expansion</i> ) | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sama</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Sama  |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Tidak sama</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Tidak sama  |  | ..... |
| Sama   |  |       |  |  |             |  |       |
| Tidak sama   |  |       |  |  |             |  |       |
| d) Bunyi perkusi<br>( <i>Percussion</i> )  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Biasa |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Luar Biasa  |  | ..... |
| Biasa  |  |       |  |  |             |  |       |
| Luar Biasa   |  |       |  |  |             |  |       |
| e) Auskultasi<br>( <i>Auscultation</i> )   | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | Biasa |  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Luar Biasa</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>  | Luar Biasa  |  | ..... |
| Biasa  |  |       |  |  |             |  |       |
| Luar Biasa   |  |       |  |  |             |  |       |

## 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 (*Liver*) 

Palpabel	
----------	--

Tidak Palpabel	
----------------	--

 .....
- b) Kura (*Spleen*) 

Palpabel	
----------	--

Tidak Palpabel	
----------------	--

 .....
- c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut? (*Any abnormal Abdominal mass*) 

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 (*Knee Jerk*) 

Biasa	
-------	--

Luar Biasa	
------------	--

 .....
- b) Keadaan sentak pergelangan kaki (*Ankle Jerk*) 

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 .....