

STATEMENT TO THE MEDICAL EXAMINER

PERNYATAAN KEPADA PEMERIKSA PERUBATAN

IMPORTANT NOTE: YOU ARE REQUIRED TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL FORM FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW, OTHERWISE THE POLICY ISSUED HEREUNDER MAY BE INVALIDATED.
NOTA PENTING: ANDA DIKEHENDAKI MENYATAKAN DI DALAM BORANG CADANGAN INI SECARA PENUH DAN JUJUR, SEMUA FAKTA YANG ANDA TAHU ATAU PATUT TAHU, JIKA TIDAK POLISI YANG DIKELUARKAN MENURUT CADANGAN INI ADALAH TIDAK SAH.

Full Name of Proposed Life Assured / Nama Penuh Pencadang Hayat: _____

NRIC/PP No. / No. KP/Pasport: _____ Sex / Jantina: _____

Date of Birth / Tarikh Lahir: _____ Age / Umur: _____ Occupation / Pekerjaan: _____

Name of Agent and Code No. / Nama dan No. Kod Ejen: _____

Amount of Insurance Applied for now / Amaun Insurans Dimohon: _____ Existing Insurance / Insurans Sedia Ada: _____

Name & Address of your personal doctor or doctor that you frequent most / Nama & Alamat Doktor Peribadi anda atau Doktor yang sering anda pergi berjumpa: _____

Are you on any form of medication at present / Adakah anda mengambil sebarang bentuk ubat-ubatan pada masa ini? Yes / Ya No / Tidak

If "Yes" state reason and type of medication / Jika "YA", nyatakan mengapa dan apakah jenis ubatnya.

Date of last consultation / Tarikh terakhir berjumpa dengan doktor: _____

Reasons for this consultation / Sebab berjumpa dengan doktor: _____

Name of doctor consulted / Nama doktor yang dirundingi: _____

Have you at anytime consulted a Psychiatrist? If "Yes", give details and dates /
 Pernahkah anda pada bila-bila masa berunding dengan Pakar Psikiatri? Jika "Ya", berikan butiran dan tarikhnya. Yes / Ya No / Tidak

	Yes / Ya	No / Tidak	
1. Have you EVER had or been told you had or been treated for: / PERNAHKAH anda mengalami atau diberitahu yang anda mengalami atau menerima rawatan untuk:			DETAILS of "Yes" answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan "Ya" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)
a) Epilepsy, fainting spells, seizure, nervous or mental condition, neuritis, paralysis or any disease or abnormality of the brain or nervous system? / Epilepsi, gelap-gelap mata, kejang, darah gemuruh atau gangguan mental, neuritis, lumpuh atau sebarang penyakit atau keadaan sistem otak atau saraf yang tidak normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Giddiness, loss of consciousness, breathlessness, chest pain, high blood pressure, palpitation or any disease of the heart, blood or blood vessel? / Pening, tidak sedar diri, sesak nafas, sakit dada, tekanan darah tinggi, palpitasi atau sebarang penyakit jantung, darah atau saluran darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Blood spitting, tuberculosis, asthma, habitual cough, pleurisy, or any respiratory or lung disease? / Batuk berdarah, tuberkulosis, asma, batuk-batuk berpanjangan, plurisi, atau sebarang penyakit pernafasan atau paru-paru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Recurrent indigestion, ulcer, hernia or disease of liver, gall-bladder, stomach or intestine? / Masalah penghadaman berulang, ulser, hernia atau penyakit hati, pundi hempedu, perut atau usus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Urinary sugar/albumin/stones, venereal disease, menstrual disorders, or diseases of the kidney, prostate, urinary or genital system? / Gula/albumin/batu karang dalam kencing, penyakit kelamin, gangguan haid, atau penyakit buah pinggang, prostat, sistem urinari atau alat kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Diabetes, goitre or any disease or abnormality of the thyroid or other endocrine glands? / Diabetes, goiter atau sebarang penyakit atau keadaan tiroid atau kelenjar endokrin tidak normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Diseases of eyes, ears, nose (including nose bleeds) or throat? / Penyakit mata, telinga, tekak dan hidung (termasuk hidung berdarah) atau tekak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Cancer, tumour, cyst or any growth? / Kanser, tumor, sista atau sebarang ketumbuhan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Jaundice, hepatitis, any disease of the liver or been a hepatitis carrier? / Demam kuning, hepatitis, sebarang penyakit hati atau pernah menjadi pembawa hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Malaria, dysentery or any tropical diseases? / Malaria, disentri atau sebarang penyakit kawasan tropika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Rheumatic fever, arthritis, gout or any disease of the spine prolapsed intervertebral disc, bone, joint, muscle, connective tissue, lymph nodes or any disease of the skin? / Demam rheumatik, arthritis, gout atau sebarang penyakit cakera intervertebrum prolaps spina, tulang, sendi, otot, tisu penyambung, nodus limfa atau sebarang penyakit kulit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Have you ever: / Pernahkah anda: Received any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition; or been told you had any of these; OR you had HIV testing done (please state result), OR in the last 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? / Menerima sebarang nasihat kesihatan, kaunseling atau rawatan berkaitan dengan AIDS, kompleks berkaitan AIDS atau sebarang penyakit berkaitan AIDS; atau pernah diberitahu tentangnya; ATAU anda telah menjalani ujian HIV (sila nyatakan keputusannya), ATAU dalam masa 3 bulan belakangan ini mempunyai sebarang simptom selama lebih daripada satu minggu berterusan; keletihan, kehilangan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau lesi kulit luar biasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<p>3. In the PAST 5 YEARS, have you had any: / Dalam tempoh 5 TAHUN BELAKANGAN ini, anda pernah menjalani:</p> <p>a) Diagnostic tests such as X-ray, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, blood or urine studies? / Ujian diagnostik seperti sinar-X, mamografi, elektrokardiogram, imbasan CT, pantulan atau ultrasonogram, ujian darah atau air kencing?</p> <p>b) Illness, injury, operation, medical advice, hospital and addresses of all treatment or physical check-up not mentioned above? / Sakit, cedera, pembedahan, nasihat perubatan, hospital dan alamat semua rawatan atau pemeriksaan fizikal yang tidak disebutkan di atas?</p>		<p>Yes / Ya</p> <input type="checkbox"/>	<p>No / Tidak</p> <input type="checkbox"/>	<p>DETAILS of "Yes" answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan "Ya" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</p>												
<p>4. a) Do you smoke? / Adakah anda merokok? If so, in what form, quantity and duration? / Jika ya, apakah bentuk, kuantiti dan tempohnya?</p> <p>b) Do you drink beer, wine or spirits? / Adakah anda minum bir, wain atau alkohol? If so, in what form, quantity and duration? / Jika ya, apakah bentuk, kuantiti dan tempohnya?</p> <p>c) Have you at any time been in the habit of drinking more heavily than you do now? / Pernahkah pada bila-bila masa dahulu mempunyai tabiat minum arak yang lebih banyak daripada sekarang? (If so, please give details / Jika ya, sila berikan butirannya).</p> <p>d) Have you ever used habit forming drugs or narcotics, or been treated for alcoholism or drug habit? / Pernahkah anda mempunyai tabiat mengambil dadah atau narkotik, atau dirawat kerana ketagihan alkohol atau dadah?</p> <p>e) Have you any other physical defects or health impairments? / Adakah anda mengalami sebarang kecacatan fizikal atau gangguan kesihatan yang lain?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>5. a) To the best of your knowledge and belief, has any of your immediate family members ever had or died from cancer, tuberculosis, diabetes, heart disease, hypertension, mental disease, kidney disease or any other hereditary disease? / Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan anda, adakah sesiapa anggota terdekat anda yang menghidap atau meninggal kerana kanser, tuberkulosis, diabetes, penyakit jantung, hipertensi, penyakit mental, penyakit buah pinggang atau sebarang penyakit keturunan?</p> <p>b) Has your spouse suffered from any AIDS related condition or been tested HIV positive? / Pernahkah suami atau isteri anda menghidap keadaan berkaitan AIDS atau didapati HIV positif?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>6. Family Record / Rekod Keluarga</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Age if living / Umur jika masih hidup</th> <th>Cause of death / Sebab Kematian</th> <th>Age at death / Umur pada masa meninggal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Father / Ayah</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mother / Ibu</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Age if living / Umur jika masih hidup		Cause of death / Sebab Kematian	Age at death / Umur pada masa meninggal	Father / Ayah				Mother / Ibu					
	Age if living / Umur jika masih hidup	Cause of death / Sebab Kematian	Age at death / Umur pada masa meninggal													
Father / Ayah																
Mother / Ibu																
<p>7. a) Has your weight changed more than 5 kg in the past year, if 'Yes', why? / Adakah berat badan anda berubah lebih daripada 5 kg dalam tahun-tahun belakangan ini, jika 'Ya', mengapa?</p> <p>b) Has any application for insurance on your life ever been declined, withdrawn, postponed, rated or modified in any way? / Pernahkah permohonan anda bagi insurans hayat ditolak, ditarik balik, ditangguhkan, dinaikkan kadarnya atau diubah suai dengan sebarang cara?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>8. Female only / Untuk Wanita Sahaja</p> <p>a) Have you ever had any disease of the breast or female organs or complications at child-birth? / Pernahkah anda menghidap sebarang penyakit payu dara atau organ perempuan atau kesukaran pada masa melahirkan?</p> <p>b) Are you now pregnant? If so, how many months? / Adakah anda hamil? Jika ya, sudah berapa bulan?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

DECLARATION & CONSENT / PENGAKUAN & KEBENARAN

I the undersigned, hereby confirm that the above answers, given by me, are full, complete and true and agree that they form part of any policy, where these answers are, or may be, relied upon by the Company. / Dengan ini, saya yang bertandatangan di bawah ini mengesahkan bahawa jawapan yang saya berikan adalah penuh, lengkap, dan benar dan bersetuju bahawa semua jawapan hendaklah membentuk sebahagian daripada mana-mana polisi, kerana jawapannya adalah, atau mungkin, dijadikan pegangan oleh Syarikat.

Having read and understood the contents hereof, I also hereby authorise any of the Company's appointed medical examiners or designated laboratories to conduct or perform blood and/or urine tests, as may be necessary to underwrite this application for insurance coverage. These may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, infection by the AIDS virus, immune disorders or the presence of medication, drugs nicotine or their metabolites. / Setelah membaca dan memahami kandungan dokumen ini, saya juga memberikan kuasa kepada mana-mana pemeriksa perubatan atau makmal yang ditetapkan oleh Syarikat untuk melakukan atau membuat ujian darah dan / atau air kencing, yang boleh diperlukan bagi mengunderait perlindungan insurans permohonan ini yang hendaklah termasuk, tetapi tidak terhad kepada, ujian kolesterol dan yang berkaitan dengan lipid darah, diabetes mellitus, gangguan hati atau buah pinggang, jangkitan virus AIDS, gangguan daya tahan atau kehadiran ubat-ubatan, dadah nikotin atau metabolitnya.

Provided that, unless my prior consent has been obtained, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purpose of this application or further applications for insurance with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by Law, and further provided that the Company shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless the Company has been negligent. / Diperuntukkan bahawa, melainkan dengan kebenaran saya terlebih dahulu, Syarikat hendaklah, pada setiap masa, menyimpan semua keputusan bagi apa-apa ujian dengan rahsia dan penggunaannya hendaklah hanya bagi tujuan permohonan ini atau permohonan insurans dengan Syarikat ini seterusnya melainkan sehingga ke suatu peringkat, pendedahan diperlukan oleh Persatuan Insurans Hayat Malaysia, sebarang Pihak berkuasa Kerajaan atau Undang-Undang yang sah, dan diperuntukkan selanjutnya bahawa, Syarikat hendaklah menggunakan segala langkah penjagaan dalam menjalankan apa-apa ujian sedemikian, tetapi tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian yang tidak dijangka, tindakan atau penepian, melainkan atas kecuaiannya Syarikat sendiri.

I hereby further authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original. / Dengan ini, saya selanjutnya memberikan kuasa kepada mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, atau pertubuhan, institusi atau orang perseorangan lain yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang diri saya atau tentang kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada Syarikat atau mana-mana wakilnya sebarang atau semua maklumat berkaitan kesihatan dan sejarah kesihatan saya beserta dengan apa-apa kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, penyakit saya. Satu salinan fotostat bagi pemberian kuasa ini hendaklah berkesan dan sah seperti salinan asalnya.

Dated at / Bertarikh di _____ on / pada _____,

Witnessed by / Disaksikan oleh:

Medical Examiner
Pemeriksa Perubatan

Signature of Proposed Life Assured
Tandatangan Insured Dicadangkan

MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT / LAPORAN SULIT PEMERIKSA PERUBATAN

Full Name of Proposed Life Assured / Nama Penuh Pencadang Hayat: _____

THIS EXAMINATION SHOULD BE MADE IN PRIVATE. NO THIRD PERSON SHOULD BE PRESENT / PEMERIKSAAN INI SEPATUTNYA DIBUAT SECARA SULIT. TIADA PIHAK KETIGA YANG SEPATUTNYA HADIR

<p>9. Have you ever seen the proposed life assured professionally before? If "yes", we would appreciate if you would review your records to confirm that all items of the proposed life assured's physical history have been declared overleaf. If not, please give details of any omissions or inaccuracies. / Pernahkah anda memeriksa insured dicadangkan secara profesional sebelum ini? Jika "ya", kami amat berbesar hati jika anda dapat mengkaji semula rekod anda untuk mengesahkan semua butiran tentang sejarah fizikal insured dicadangkan yang dinyatakan pada muka surat sebelah. Jika tidak, sila berikan butiran tentang sebarang ketidaklengkapan atau ketidaktepatan maklumat.</p>		Yes / Ya	No / Tidak	<p>DETAILS of "Yes" answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan "Ya" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</p>	
<p>10. Are you in any way related to the proposed life assured or to the agent? / Adakah anda mempunyai sebarang tali persaudaraan dengan insured atau dengan ejen?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>11. a) Is there any evidence of ulcers, hernia, piles, fistula or varicose veins? / Adakah sebarang tanda-tanda ulser hemia, sembelit, fistula atau vena varikos?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>b) Does appearance indicate poor health? / Adakah penampilannya memperlihatkan keadaannya yang tidak sihat?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>c) Does he/she appear older than stated age? / Adakah beliau kelihatan lebih tua daripada umurnya?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Height (cm) / Tinggi (sm)	Weight (kg) / Berat badan (kg)	FOR MALES ONLY / BAGI LELAKI SAHAJA			
		Chest (cm) (Force expiration) / Dada (sm) (hembus nafas)	Chest (cm) (Force inspiration) / Dada (sm) (tarik nafas)		
Visual acuity / Ketajaman penglihatan:	uncorrected / tidak dibetulkan	corrected / dibetulkan			
Right eye / Mata kanan:					
Left eye / Mata kiri:					
<p>12. Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of: / Adakah anda mendapati sebarang tanda-tanda tentang sebarang penyakit atau keabnormalan yang lepas atau yang sedang dialami:</p>					
<p>a) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)? / Sistem pernafasan (paru-paru, pleura, dinding dada)?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>b) Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)? / Sistem saraf pusat atau perifer (termasuk gerak balas, gait, lumpuh)?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>c) Genito-urinary system? / Sistem genito-urinari?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>d) Gastrointestinal system? / Sistem gastrointestinal?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>e) Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations, scars / identifying marks) / Kulit, tulang atau sendi (termasuk vena varikos, kecacatan, tempang, pengudungan, parut/tanda pengenalan)?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>f) Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)? / Mata, telinga, hidung, mulut dan tekak (termasuk cacat penglihatan dan pendengaran)?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>g) Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic systems? / Tiroid atau kelenjar endokrin yang lain atau sistem metabolik dan haemopoietik?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>h) Lymphatic System / Sistem limfa?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>i) Breasts / Payu dara?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>13. (A) URINALYSIS / ANALISIS AIR KENCING N B. "Trace" Amount must be noted / NOTA Jumlah "surih" mestilah dicatatkan</p>		Blood / Darah	Sugar / Gula	Albumin / Albumin	Specific Gravity / Graviti Khusus
<p>Send specimen for microscopic urinalysis if: / Sila hantarkan contoh bagi ujian air kencing mikroskopik jika:</p>					
<p>a) Blood pressure is over 140/90 / Tekanan darah melebihi 140/90</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>b) Albumin, blood or sugar is present / Adanya albumin, darah atau gula</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>c) There are any findings or history of urinary disease / Adanya sebarang dapatan atau sejarah penyakit urinari</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>d) Applicant is a diabetic or under treatment for blood pressure / Pemohon seorang pesakit diabetes atau dirawat kerana tekanan darah</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>e) Family history of diabetes / Sejarah keluarga berpenyakit diabetes</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>*If blood detected in female clients - kindly indicate L.M.P / Jika darah ditemui pada pemohon wanita - sila nyatakan T.H.T</p>					
<p>(B) Is blood specimen sent for analysis? If Yes, which profile? / Adakah contoh darah dihantar untuk dianalisis? Jika ya, sila nyatakan profilnya?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>14. BLOOD PRESSURE (if over 140 systolic or 90 diastolic or with history of hypertension, record 3 readings) / TEKANAN DARAH (Jika sistolik melebihi 140 dan diastolik melebihi 90 atau adanya sejarah hipertensi, rekodkan 3 bacaan)</p>					
Systolic / Sistolik		mmHg		mmHg	mmHg
Diastolic (5th Phase) / Diastolik (5 Fasa)		mmHg		mmHg	mmHg



MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT / LAPORAN SULIT PEMERIKSA PERUBATAN

<p>15. PULSE / NADI At Rest / Keadaan rehat</p> <p>Rate per minute / <input style="width:300px; height:20px;" type="text"/> Kadar per minit</p> <p>Irregularities per minute / <input style="width:300px; height:20px;" type="text"/> Keadaan tidak regular per minit</p>	<p>Yes / Ya</p>	<p>No / Tidak</p>	<p>DETAILS of "Yes" answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan "Ya" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</p>																														
<p>16. HEART / JANTUNG: Apex beat located in / Tempat denyutan puncak di _____ intercostal space / ruang interkostal _____ cm / sm to the / ke <input type="checkbox"/> R / Kn <input type="checkbox"/> L / Kr of the MIDSTERNAL line / garisan PUSAT.</p> <p>Is the heart enlarged? / Adakah pembesaran jantung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Is there any: / Adakah sebarang:</p> <p>a) Arteriosclerosis or aneurysm / Arteriosklerosis atau aneurisma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Hypertrophy or oedema / Hipertrofi atau oedema? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Murmur (if murmur is present, describe below) / Murmur (jika ada murmur, huraikan di bawah ini)</p> <table style="width:100%; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width:25%;">Location / Tempat:</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> Parasternal / Parasternal</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> apex / Puncak</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> aortic area / Kawasan aortik</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> base / dasar</td> <td><input type="checkbox"/> pulmonary area / kawasan pulmonari</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Timing / Tempoh:</td> <td><input type="checkbox"/> systolic / sistolik</td> <td><input type="checkbox"/> diastolic / diastolik</td> <td><input type="checkbox"/> presystolic / presistolik</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> pansystolic / pansistolik</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intensity / Kekuatan:</td> <td><input type="checkbox"/> soft / perlahan</td> <td><input type="checkbox"/> moderate / sederhana</td> <td><input type="checkbox"/> loud / kuat</td> </tr> <tr> <td>Transmission / Transmisi:</td> <td><input type="checkbox"/> none / tiada</td> <td><input type="checkbox"/> axilia / aksilia</td> <td><input type="checkbox"/> scapula / skapula</td> </tr> <tr> <td>After exercise / Selepas senaman:</td> <td><input type="checkbox"/> none / tiada</td> <td><input type="checkbox"/> decreased / mengurang</td> <td><input type="checkbox"/> unchanged / tidak berubah</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> increased / bertambah</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Diagnosis / Diagnosis: Is there excessive dyspnea after exercise? / Selepas senaman berlaku dispnea berlebihan ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	Location / Tempat:	<input type="checkbox"/> Parasternal / Parasternal		<input type="checkbox"/> apex / Puncak	<input type="checkbox"/> aortic area / Kawasan aortik		<input type="checkbox"/> base / dasar	<input type="checkbox"/> pulmonary area / kawasan pulmonari		Timing / Tempoh:	<input type="checkbox"/> systolic / sistolik	<input type="checkbox"/> diastolic / diastolik	<input type="checkbox"/> presystolic / presistolik		<input type="checkbox"/> pansystolic / pansistolik			Intensity / Kekuatan:	<input type="checkbox"/> soft / perlahan	<input type="checkbox"/> moderate / sederhana	<input type="checkbox"/> loud / kuat	Transmission / Transmisi:	<input type="checkbox"/> none / tiada	<input type="checkbox"/> axilia / aksilia	<input type="checkbox"/> scapula / skapula	After exercise / Selepas senaman:	<input type="checkbox"/> none / tiada	<input type="checkbox"/> decreased / mengurang	<input type="checkbox"/> unchanged / tidak berubah		<input type="checkbox"/> increased / bertambah		
Location / Tempat:	<input type="checkbox"/> Parasternal / Parasternal	<input type="checkbox"/> apex / Puncak		<input type="checkbox"/> aortic area / Kawasan aortik																													
	<input type="checkbox"/> base / dasar	<input type="checkbox"/> pulmonary area / kawasan pulmonari																															
Timing / Tempoh:	<input type="checkbox"/> systolic / sistolik	<input type="checkbox"/> diastolic / diastolik		<input type="checkbox"/> presystolic / presistolik																													
	<input type="checkbox"/> pansystolic / pansistolik																																
Intensity / Kekuatan:	<input type="checkbox"/> soft / perlahan	<input type="checkbox"/> moderate / sederhana		<input type="checkbox"/> loud / kuat																													
Transmission / Transmisi:	<input type="checkbox"/> none / tiada	<input type="checkbox"/> axilia / aksilia		<input type="checkbox"/> scapula / skapula																													
After exercise / Selepas senaman:	<input type="checkbox"/> none / tiada	<input type="checkbox"/> decreased / mengurang		<input type="checkbox"/> unchanged / tidak berubah																													
	<input type="checkbox"/> increased / bertambah																																
<p>17. Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system upon review of your overall findings? / Adakah anda mengesyaki sebarang keadaan tidak normal pada sistem jantung atau vaskular setelah dikaji semula dapatan keseluruhan anda? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																	
<p>18. Do you have any reason to believe that the proposed life assured is a higher than average risk for AIDS? If so, why? / Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mempercayai bahawa insured dicadangkan mempunyai risiko AIDS yang lebih tinggi daripada biasa? Jika ya, mengapa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																	
<p>19. a) Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity / Tahukah anda tentang sebarang ciri tidak memuaskan yang mungkin memberi kesan kepada jangka hayat?</p> <p>i) in the personal or family history? / dalam sejarah kesihatan peribadi atau keluarga? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ii) disclosed by your medical examination? / diperlihatkan oleh pemeriksaan perubatan anda? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Do you recommend any additional tests or reports? / Adakah anda mengesyorkan sebarang ujian atau laporan tambahan? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Do you know any facts about this risk not brought up earlier? / Tahukah anda akan sebarang fakta mengenai risiko ini yang belum dikemukakan sebelum ini? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d) What is your general impression of the patient after completing your medical examination? / Apakah tanggapan umum anda terhadap pesakit setelah menyelesaikan pemeriksaan anda? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																	

DECLARATION: I certify that I have personally verified the identity of the applicant whom I have examined. / PENGAKUAN: Saya mengakui bahawa saya sendiri telah mengesahkan pengenalan pemohon yang telah saya periksa ini.

This examination has been conducted in private at / Pemeriksaan ini telah dilakukan secara sulit di _____ on this / pada _____ day of / haribulan _____ at / pada pukul _____ am/pm / pagi/petang.

Name of Examiner / Nama Pemeriksa : _____

Signature / Tandatangan

Examiner's Code No. / No. Kod Pemeriksa : _____

NRIC No. / No. KP : _____

Clinic rubber stamp / Cap Klinik

DOCTOR - PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR OMISSIONS / DOKTOR - SILA SEMAK LAPORAN ANDA DAN PASTIKAN TIDAK ADA YANG TERTINGGAL