



**PERTUBUHAN KESELAMATAN SOSIAL**  
**MENARA PERKESO**  
**281, JALAN AMPANG**  
**50538, KUALA LUMPUR**  
**EMEL : PERKESO@PERKESO.GOV.MY TEL. AM : 1-300-22-8000**  
**LAPORAN PERUBATAN UNTUK MEMOHON PENCEN ILAT**

Butir Peribadi Orang Berinsurans	
Nama : ..... .....	Tarikh Lahir : <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Jantina : <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> Lelaki <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> Perempuan	No. Kppn : <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> No. Kppn Lama : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Alamat Surat-menyurat dan No. Telefon : ..... .....	
Alamat Majikan dan No. Telefon Terbaharu : ..... .....	

1. Tarikh Pemeriksaan :
2. Tempat Pemeriksaan : .....
3. Doktor / Pakar yang Memeriksa  
 Nama :  
 Kelulusan :
4. Adakah tuan Doktor / Pakar yang Merawat?  Ya  Tidak  
 Jika Ya, berapa lamakah tuan telah memberi rawatan kepada pesakit ini ?  
 .....

<b>Maklumat Penyakit Orang Berinsurans ( Present Particular Illnesses )</b>
<b>Masalah Utama ( Chief Complaints )</b>
<p>Bilakah penyakit / masalah utama ini mula dilaporkan oleh pesakit / When were the illnesses / Chief Complaints first presented by patient ? ( Nyatakan tarikh / state date )</p> <p>.....</p>

<b>Sejarah Penyakit / Kecederaan ( History of illnesses or injury )</b>

<b>Sejarah Penyakit Terdahulu ( Past Medical History )</b>

<b>Sejarah Keluarga ( Family History )</b>

<b>Sejarah Sosial / Pekerjaan ( Social History / Occupational History )</b>

**Ulangkaji Sistem ( Review System )**

**Ulangkaji Rekod Perubatan ( Medical Report Review )**

**Pemeriksaan Fizikal ( Physical Examination )**

**Sila berisemua hal pemeriksaan yang positif dan maklumat negatif yang berkaitan ( Please give details of positive finding which support your diagnosis and relevant negative finding )**

**Pemeriksaan Utama ( General Observation )**

**General Assessment**

**Eye :**

**ENT :**

**Oral Cavity :**

**Upper Limb :**

**Respiratory System ( Respiratory Rate and Relevant Finding )**

**Cardiovascular System ( Pulse / heart rate, BP and Relevant finding )**

**Abdomen :**

**Central Nervous System :**

**Mental Status Examination :**

**Others :**

**Penyiasatan semua pemeriksaan darah dan X-Ray yang menyokong diagnosa yang berkaitan  
( Investigation and their results, which support your diagnosis, including X-Ray )**

--

**Diagnosis ( Diagnosis )**

**Termasuk ringkasan kecederaan,. Sila ikut klasifikasi ICD 10 ( Including summary of injuries.  
Please follow ICD 10 )**

--

**Rawatan / Perancangan ( Treatment / Plan )**

--

**Prognosis / Catatan ( Prognosis / Remarks )**

--

Saya mengaku bahawa kenyataan di atas adalah benar. ( I hereby certify that the above statements are true )

Tarikh : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
( Date )

Tandatangan Doktor / Pakar  
( Signature of Doctor / Specialist )

\_\_\_\_\_

Nama Penuh dan Kelayakan  
( Full Name and Qualification )

Cop Rasmi Hospital / Pusat Perubatan  
( Official Stamp of Hospital / Medical Centre