



PERTUBUHAN KESELAMATAN SOSIAL
WISMA PERKESO
 155, JALAN TUN RAZAK
 50538, KUALA LUMPUR
 TEL. AM : 03 - 26872600
LAPORAN PERUBATAN UNTUK MEMOHON PENCEN ILAT

Butir Peribadi Orang Berinsurans	
Nama :	Tarikh Lahir : <input style="width: 100%;" type="text"/>
.....	No. Kppn : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Jantina : <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	No. Kppn Lama : <input style="width: 100%;" 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 ?

Maklumat Penyakit Orang Berinsurans (Present Particular Illnesses)
Masalah Utama (Chief Complaints)

Bilakah penyakit / masalah utama ini mula dilaporkan oleh pesakit / When were the illnesses / Chief Complaints first presented by patient ? (Nyatakan tarikh / state date)

.....

Sejarah Penyakit / Kecederaan (History of illnesses or injury)

Sejarah Penyakit Terdahulu (Past Medical History)

Sejarah Keluarga (Family History)

Sejarah Sosial / Pekerjaan (Social History / Occupational History)

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)