



**BORANG PENGISYTIHARAN DIRI BAGI INDIVIDU YANG MEMPUNYAI MASALAH KESIHATAN
SELF-DECLARATION FORM FOR INDIVIDUAL WITH MEDICAL CONDITION**

Nama / Name :	
Bil KPP / SIC No. :	
No. Telefon / Tel No. :	
Jawatan	
Bahagian / Jabatan	
No. Emergency Kecemasan : Emergency Contact No. :	

1. Adakah awda mengandung atau menyusukan anak?

Are you currently pregnant or breastfeeding?

Ya / Yes

Tidak / No

2. Adakah awda mempunyai penyakit-penyakit Kronik seperti berikut:

Do you have Chronic Illnesses as follows:

Kencing Manis / Diabetic	Ada / Yes	<input type="checkbox"/>	Tiada / No	<input type="checkbox"/>
Darah Tinggi / High Blood Pressure	Ada / Yes	<input type="checkbox"/>	Tiada / No	<input type="checkbox"/>
Sakit Jantung / Cardiovascular	Ada / Yes	<input type="checkbox"/>	Tiada / No	<input type="checkbox"/>
Buah Pinggang / Kidney Disease	Ada / Yes	<input type="checkbox"/>	Tiada / No	<input type="checkbox"/>
Jika lain-lain, sila nyatakan: If others, specify:				

3. Adakah awda mengambil sebarang ubat-ubatan / menjalani rawatan?

Are you currently taking any medications / Undergoing treatment?

Ya / Yes

Tidak / No

4. Keterangan Kontek. Sila senaraikan / Contact Details. Please list down

	Nama / Name	Hubungan / Relation	No. Telefon / Tel No.
1.			
2.			
3.			

5. Pengesahan Pengisytiharan / Confirmation of Declaration

Saya mengaku semua maklumat yang diberikan adalah betul semasa menghadapi borang ini.

I hereby declare that the information provided is true at the point of submission.

[Sila sertakan SALINAN PERJANJIAN TERKINI biskita yang telah dibuat di Hospital atau Klinik Kesihatan]

[Please provide a copy of YOUR RECENT APPOINTMENT at the Hospital or Health Clinic]

Tandatangan: Signature:	Tarikh dan Jam: Date and Time:
----------------------------	-----------------------------------