


PERMOHONAN SEBAGAI ORANG BERKOMPETEN

 A. KATEGORI KOMPETEN : 65 TAHUN UNTUK PW, PK, PJ

 75 TAHUN UNTUK PE, JP, JK

B. BUTIR-BUTIR PEMOHON

1. No. K.P. _____

2. Nama _____

3. Alamat _____

4. Poskod _____ 5. Bandar _____

6. Negeri _____

 7. Jantina Lelaki Perempuan 8. Tarikh lahir _____

C. SIJIL KOMPETENSI	BIL	JENIS KOMPETENSI	NO. SIJIL KOMPETEN	PENGELUAR SIJIL KOMPETEN

 Ruang untuk permohonan Baharu
 Kompetensi Tarikh Luput Kompetensi _____

D. PENGAKUAN

Saya mengakui bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

 Tarikh :

 Tandatangan Pemohon

Nama : No. K.P.

E. MAKLUMAT PEGAWAI PERUBATAN YANG BIASA MERAWAT:

(Sebutkan nama dan alamat Pegawai Perubatan yang biasa merawat anda)

Nama Pegawai Perubatan :

Alamat :

- SALINAN ASAL HARUSLAH DIHANTAR KEPADA ECoS SEMASA SESI TEMUDUGA
- SALINAN PENDUA HENDAKLAH DISIMPAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMBUAT PEMERIKSAAN

F. PEMERIKSAAN PERUBATAN
(UNTUK DIPENUHI OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

BAHAGIAN I

No. Pendaftaran Pemohon di klinik : Tarikh Pendaftaran :

Keadaan Umum :

Berat : kg Ketinggian:sm

Pemeriksaan air kencing untuk albumin dan gula (Jika positif siasat selanjutnya)

Tekanan darah: Sistolik : Diastolik :

Kejituan penglihatan mengikut Carta Snellen (Dalam meter)

Tanpa kacamata min. 6/60 Kanan : Kiri :

Dengan Kacamata min. 6/12 Kanan : Kiri :

*Untuk mereka yang memakai kacamata. Perlu dinyatakan pada lesen.

JAWAPAN

Sila tandakan X dalam ruang yang bersesuaian 'Ya' atau 'Tidak'

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1	Ada kecacatan dalam penglihatan (Carta istihara)			
2	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3	Ada bukti kecacatan sistem saraf			
4	Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psychiatric)			
5	Adakah pemohon menunjukkan tanda-tanda peminum arak dan Penyalahgunaan dadah			
6	Ada ketidaksempurnaan dari/atau kecacatan fizikal			
7	Ada bukti kelainan sistem kardiovaskular			
8	Adakah pemohon mempunyai tekanan darah tinggi yang tidak terkawal			
9	Adakah pemohon mengidap penyakit kencing manis yang tidak dikawal dengan sempurna			
10	Ada kecacatan pendengaran			
11	Ada bukti kelainan sistem respirasi			
12	Siasatan lanjut yang dijalankan dan keputusannya: a): b): c):			
13	Pandangan-pandangan lain oleh pengamal perubatan:			

Catatan: Kelewatan boleh berlaku kerana diperlukan siasatan lanjut.

BAHAGIAN II

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tanda X dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruang catitan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
*1	Masalah mata			
	- Katarak			
	- Pandangan 'monocular'			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
*2	Tidak dapat mengenaipasti warna-warna asas (primer) [merah, hijau, kuning, biru, hitam]			
3	Sukar melihat dalam gelap			
*4	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5	Kecederaan berat dikepala			
*6	Serangan pening atau pening			
7	Sakit kepala yang berat atau 'migrane'			
8	Pembedahan otak yang 'major'			
*9	'Stroke' (dengan kecacatan 'residual')			
*10	Kencing manis dalam rawatan insulin			
*11	Penyakit mental			
*12	Penyalahgunaan arak dalam masa 5 tahun yang lalu			
*13	Penyalahgunaan dadah dalam masa 5 tahun yang lalu			
14	Kecacatan tulang belakang			
*15	Ketidaksempurnaan atau kecacatan anggota - pergerakan sendi yang terhad - kecacatan anggota yang berat - amputation' yang berat			
16	Penyakit jantung / tekanan darah tinggi / debaran jantung			
17	Sesak nafas / muntah darah / batu kronik			
*18	Pekak - pekak tuli			
*19	Penyakit buah pinggang yang kronik			
20	Apa-apa rawatan yang berulang			
21	Apa-apa penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			
22	Masalah deria bau			



BAHAGIAN III

KEPUTUSAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

Saya sahkan bahawa saya pada hari ini telah memeriksa pemohon.....

No. Kad Pengenalan Jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar

Setakat yang saya ketahui dan percaya. Daripada pemerhatian dan pemeriksaan perubatan, saya dapat pemohon dari segi fizikal dan mental adalah:

SIHAT (MEDICALLY FIT)

TIDAK SIHAT (MEDICALLY UNFIT)

Tandatangan pengamal perubatan :

Nama dan kelayakan pengamal perubatan :

.....

.....

Alamat :

.....

.....

.....

No. Pendaftaran MMC:

No. Pendaftaran Klinik:

Tarikh :

UNTUK KEGUNAAN ECoS