

**BAHAGIAN I**  
**BORANG PERSETUJUAN PERKHIDMATAN KESIHATAN DAN IMUNISASI**

Saya \_\_\_\_\_ **BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU**  
\*(Nama Ibu / Bapa / Penjaga)

supaya anak / anak jagaan saya \_\_\_\_\_ diberi  
\*(Nama Murid)

pemeriksaan, rawatan dan suntikan imunisasi-imunisasi berikut **selama anak / anak jagaan saya menghadiri sekolah.**

**Pemeriksaan Dan Rawatan Kesihatan**

**Imunisasi Tahun Satu**

- BCG (jika tiada parut)
- Double Antigen (dos tambahan)
- Polio (dos tambahan)
- Measle (dos tambahan)

**Imunisasi Tingkatan Tiga**

- Tetanus Toxoid

Tandatangan Ibu / Bapa / Penjaga : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Sekiranya tidak bersetuju untuk pemeriksaan dan rawatan atau imunisasi, sila nyatakan sebab:

---

---

---

---

\*Potong mana-mana yang tidak berkaitan.

**BAHAGIAN II**  
**MAKLUMAT MURID DAN IBU/BAPA/PENJAGA\***  
**(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga Murid)**

**1. MAKLUMAT MURID**

1.1 Nama penuh murid : \_\_\_\_\_

1.2 Tarikh lahir 

Hari	Bulan	Tahun			

1.3 Bangsa/Keturunan : \_\_\_\_\_

1.4 Anak keberapa dalam keluarga : \_\_\_\_\_

**2. MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA\***

2.1 Nama penuh : \_\_\_\_\_

2.2 No. kad pengenalan : \_\_\_\_\_

2.3 Pekerjaan : \_\_\_\_\_

2.4 Alamat rumah : \_\_\_\_\_

2.5 No. telefon : (R) \_\_\_\_\_ (H/P) \_\_\_\_\_

**3. ALERGI (Alahan)**

Adakah anak tuan/puan mempunyai alergi (alahan) berikut :-  
(Tandakan  $\checkmark$  di ruangan yang berkenaan)

	<b>Tidak</b>	<b>Ya</b>	<b>Nyatakan alergi</b>
3.1 Ubatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.2 Imunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.3 Makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.4 Lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### 4. PENYAKIT/MASALAH KESIHATAN

Adakah anak tuan/puan mengalami atau pernah mengalami penyakit/masalah berikut :-

(Tandakan  $\surd$  di ruangan yang berkenaan)

	Tidak	Ya	Rawatan Yang Diterima
4.1 Lelah (asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.2 Sawan (epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.3 Penyakit Darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.4 Penyakit Buah Pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.5 Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.6 Kencing Manis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.7 Kekurangan zat makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.8 Masalah Penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.9 Masalah Pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.10 Talasemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Pembawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Pesakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.11 Masalah Pembelajaran Sekiranya Ya, Nyatakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Jenis : \_\_\_\_\_

4.12 Lain-lain (Nyatakan) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. REKOD IMUNISASI

### A) Imunisasi semasa bayi

(Diisi oleh Ibu/Bapa/Penjaga Murid. Sila rujuk kad imunisasi anak anda)

Vaksin	Ya	Tidak	Tarikh/Tahun diberi
B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Triple Antigen (Difteria,Pertusis,Tetanus)			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos Tambahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haemophilus Influenza (HIB)			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Polio			
Dos 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dos Tambahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Saya ibu/bapa/penjaga kepada murid di atas mengesahkan segala maklumat kesihatan yang diisi adalah betul. Saya **bersetuju / tidak bersetuju\*** memberi kebenaran anak di bawah jagaan saya menerima pemeriksaan dan rawatan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia.

.....  
Tandatangan Ibu / Bapa / Penjaga

.....  
No. Kad Pengenalan

.....  
Tarikh