

<p>(ii) Adakah apa-apa dalam sejarah pesakit yang mungkin menyumbangkan secara langsung atau tidak langsung kepada penyakit ini. <i>Is there in the patient's history that relates directly or indirectly to this illness.</i></p> <p>(iii) Adakah pesakit menghidapi penyakit-penyakit lain i.e. Diabetes, Mellitus, darah tinggi atau masalah jantung. Jika Ya, silakan nyatakan sejak bila. <i>Does the patient suffered any other illness such as i.e. Diabetes mellitus, Hypertension or hearth problem. If 'Yes' please state when.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No</p>
<p>g. Adakah keadaan ini berhubungkait dengan <i>Is the condition related to</i></p> <p>i) Mengandung <i>Pregnancy</i></p> <p>ii) Penyakit mental/saraf <i>Mental/Nervous Disorder</i></p> <p>iii) Kecacatan semasa lahir <i>Congenital or Birth Defect</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No</p>
<p>h. Adakah keadaan ini disebabkan oleh perbuatannya sendiri. <i>Is the condition self induced/inflicted.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No</p>
<p>i. Nyatakan tempoh pesakit di wadkan. <i>Please state the duration when the patient was warded .</i></p>	<p>Dari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hingga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>From HH/DD BB/MM TT/YY To HH/DD BB/MM TT/YY</i></p>
<p>j. Nyatakan tempoh cuti sakit yang telah diberikan untuk berehat di rumah. <i>Please state the duration of medical leave for home resting granted.</i></p>	<p>Dari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hingga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>From HH/DD BB/MM TT/YY To HH/DD BB/MM TT/YY</i></p>
<p>k. Perubatan susulan, jika ada. <i>Follow-up treatment, if any.</i></p>	<p>Dari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hingga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>From HH/DD BB/MM TT/YY To HH/DD BB/MM TT/YY</i></p>

l. Nyatakan kesemua tempoh pesakit diwadkan
Please state all of the duration when the patient was warded

Tarikh Kemasukan ke wad <i>Warded Duration</i>	Penyakit <i>Diagnosis</i>

j. Nama dan alamat doktor yang merujuk / pernah dilawati oleh pesakit
Name and address of the doktor that referred or visited by the patient

Tarikh Rawatan <i>Date</i>	Penyakit <i>Diagnosis</i>	Nama Doktor dan Alamat <i>Name and Address of Doctor</i>

C. PENGAKUAN / DECLARATION

Saya mengaku bahawa sepanjang pengetahuan saya keterangan di dalam laporan ini adalah benar dan betul dalam semua aspek.
I hereby declare that to the best of my knowledge and belief the foregoing particulars in this report are true and correct in every aspect.

Tandatangan Doktor / *Signature of Doctor* Cop Rasmi Hospital / *Hospital Official Stamp* _____

Tarikh / *Date*