



**PEMERIKSAAN KESIHATAN  
MEDICAL EXAMINATION**

Pemeriksaan Kesihatan Untuk : *Pengendali Makanan / Pekerja Saloon Kecantikan*

Nama : ..... Umur : .....  
Jantina : ..... No. KP : .....  
Tempat Kerja : .....

**A. BUTIR-BUTIR PEMERIKSAAN KESIHATAN**

Bil.	PERKARA	CATATAN / REMARKS
<b>Pemeriksaan Fizikal oleh Doktor</b>		
1.	Jangkitan kulit ( <i>Skin infection</i> )	
2.	Jangkitan kuman melibatkan : <i>Infection involving :</i>	
	2.1 Telinga ( <i>Ears</i> )	
	2.2 Mata ( <i>Eyes</i> )	
	2.3 Gusi ( <i>Gum</i> )	
	2.4 Hidung( <i>Nasal</i> )	
<b>Pemeriksaan Lanjut oleh Doktor</b>		
3.	Cirit-birit dan / atau muntah <i>Diarrhoea and / or vomiting</i>	
4.	Demam kepialu <i>Typhoid or paratyphoid</i>	
5.	<i>Hepatitis</i>	
6.	Batuk kering (TB) <i>Tuberculosis</i>	

**B. PENGESAHAN OLEH DOKTOR**

Saya mengesahkan bahawa orang seperti nama di atas **layak / tidak layak** menjadi pengendali makanan / pekerja saloon kecantikan.

*I certify that the person named above is **fit / not fit** to become a food handler / saloon worker.*

Tandatangan / *Signature* :

Mohor Rasmi / *Official Seal*

Nama Doktor / *Doctor's name*:

Nama Klinik / *Clinic's name*:

Tarikh / *Date*:

**C. PEMBAYARAN LESEN (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)**

Pembantu Tadbir (Kewangan) ;

Sila terima pembayaran

Sila tangguhkan pembayaran

( ..... )  
KB / PPKP / PKA