

11. Sejarah Pembedahan:

Jenis Pembedahan / ( <i>Type of surgery</i> )	Tahun
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____

12. Sejarah Merokok:

Tidak Merokok (*Non smokers*)

Bekas Perokok (melebihi 6 bulan) (*ex-smoker*)

Perokok (*Smoker*)

13. Sejarah Alahan (*Allergy*):

i. Ubat-ubatan: a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_  
(*Medicine*) c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

ii. Lain-lain a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_  
(*Others*) c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

14. Sejarah Keluarga:

a. Penyakit Mental (*Mental illness*)

b. Kanser (*Cancer*)

c. Kencing Manis (*Diabetes Mellitus*)

d. Darah tinggi (*Hypertension*)

e. Strok (*Stroke*)

f. Penyakit Jantung (*Heart disease*)

g. Lain-lain (sila nyatakan) (*Others, please specify*)

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL (untuk diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

1. Tinggi:  cm Berat Badan:  kg  
(*Height*) (*Weight*)

2. Indeks Jisim Tubuh (*BMI*):  kg/m<sup>2</sup> BMI <18.5 (kurang berat badan)  
BMI 18.5-24.9 (normal)  
BMI 25-29.9 (lebih berat badan)  
BMI > 30 (kegemukan / obes)