

3. Penglihatan
(*Vision*):

Mata Kanan (<i>Right Eye</i>)		Mata Kiri (<i>Left Eye</i>)	
Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/ _	Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/ _
Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/ _	Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/ _

Kadar Nadi (*Pulse rate*) : _____ /min Rentak (*Rhythm*): _____

Tekanan Darah (*Blood Pressure*) : _____ sistolik mm/Hg
_____ diastolik mm/Hg

Pemeriksaan Klinikal Payudara: Biasa (*Normal*) / Luar Biasa (*Abnormal*) _____
(*Clinical Breast Examination*)

Pap smear: _____

C. UJIAN MAKMAL

1. Glukosa Darah:

atau; Rawak (*Random*) _____ mmol/l
Puasa (*Fasting*) _____ mmol/l

2. Serum Lipid:

Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota: Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

D. Catatan

Tandatangan
Pemeriksa : _____
Nama : _____

Tarikh : _____
Cop Rasmi: _____