

11. Sejarah Pembedahan:

Jenis Pembedahan / (*Type of surgery*)

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/m² BMI <18.5 (kurang berat badan)
BMI 18.5-24.9 (normal)
BMI 25-29.9 (lebih berat badan)
BMI > 30 (kegemukan / obes)