

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 : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Cop Rasmi: