

BORANG PERMOHONAN BERKHATAN

UNIT BERKHATAN
 JABATAN PEMBEDAHAN AM
 HOSPITAL SULTANAH AMINAH JOHOR BAHRU
 TEL : 07-2231666 Samb : 2374

Nama Ibu/Bapa/Penjaga :

No K/P : - -

No Tel (Rumah) : No HP :

Alamat :

.....

Nama Anak :

No Sijil Kelahiran / KP : - -

Umur :

Penyakit Peserta (Tandakan pada kotak yang berkenaan) :-

	YA	TIDAK		YA	TIDAK
Kencing Manis (<i>Diabetes Mellitus</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lelah (<i>Asthma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendarahan (<i>Blood Dyscariasis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sawan (<i>Epilapsi</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kecacatan Otak (<i>Mental Disorders</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penyakit Jantung (<i>Cardiac Disease</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alahan (<i>Allergy</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kecacatan Semulajadi (<i>Congenital Abnormalities</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lain-lain penyakit (Nyatakan jika ada)

.....

Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga : Tarikh :

Diisi oleh Klinik SFUC

Tarikh Temujanji : - - Masa : - am/pm

Tandatangan / Cop :

Diisi oleh Unit Berkhatan

Tarikh Berkhatan : - - Masa : - am/pm

Tandatangan / Cop :