



**LAPORAN PERUBATAN TUNTUTAN KELUARGA**  
**FAMILY CLAIMS MEDICAL REPORT**

**Peringatan / Reminders**

- Borang ini hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan bertauliah yang memberi rawatan kepada pesakit berkenaan  
*This form must be completed by the certified Medical Officer who had treated the patient*
- Segala perbelanjaan untuk mendapatkan laporan ini adalah menjadi tanggungan pesakit.  
*Any cost incurred in relation to this report is to be borne by the patient.*

**NO. SIJIL / CERTIFICATE NO.**

**A. MAKLUMAT PERIBADI PESAKIT / PATIENT'S PERSONAL DETAILS**

1 a. Nama Pesakit/ Name of Patient

b. No. Kad Pengenalan Baru  -  -  Lama   
*NRIC No. New Old*

d. Umur  e. Jantina :  Male  Perempuan  
*Age Sex : Lelaki Female*

**B. BUTIR-BUTIR PERUBATAN / TREATMENT DETAILS**

<p>1 a. (i) Pemeriksaan kesakitan / kecederaan.  <i>Diagnosis of illness / injury.</i></p> <p>(ii) Nyatakan dengan terperinci penyakit yang dihadapi oleh peserta  <i>Please explain in detail regarding the patient's illness.</i></p>													
<p>b. (i) Tarikh pertama pesakit disahkan mendapat penyakit tersebut <b>(dd/mm/yyyy)</b>  <i>First date where patient was diagnosed with the illness (dd/mm/yyyy)</i></p> <p>(ii) Tarikh pertama anda memberi rawatan. <b>(dd/mm/yyyy)</b>  <i>Date you were first consulted (dd/mm/yyyy)</i></p>													
<p>c. (i) Berapa lamakah keadaan ini telah wujud? <b>(dd/mm/yyyy)</b>  <i>How long has this condition existed? (dd/mm/yyyy)</i></p> <p>(ii) Bila peserta mula mengetahui tentang penyakit ini? <b>(dd/mm/yyyy)</b>  <i>When did the participant first aware of the disease? (dd/mm/yyyy)</i></p> <p>(iii) Tarikh pertama simptom penyakit wujud? <b>(dd/mm/yyyy)</b>  <i>First date symptoms of illness existed (dd/mm/yyyy).</i></p>													
<p>d. (i) Tarikh pertama peserta dimasukkan ke hospital / menerima rawatan  <i>First date that the patient was warded / received treatment. (dd/mm/yyyy)</i></p> <p>(ii) Adakah peserta dirujuk dari klinik / hospital?          Jika Ya, sila nyatakan nama dan alamat klinik / hospital  <i>Was the patient referred from clinic / hospital?          If Yes, please state the clinic's / hospital's name and address.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Tarikh Rawatan <i>Date</i></th> <th style="width: 40%;">Penyakit <i>Diagnosis</i></th> <th style="width: 40%;">Nama Doktor dan Alamat <i>Name and Address of Doctor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tarikh Rawatan <i>Date</i>	Penyakit <i>Diagnosis</i>	Nama Doktor dan Alamat <i>Name and Address of Doctor</i>										
Tarikh Rawatan <i>Date</i>	Penyakit <i>Diagnosis</i>	Nama Doktor dan Alamat <i>Name and Address of Doctor</i>											
<p>e. Jenis prosedur / rawatan yang telah diberi  <i>Nature of procedure / treatment given</i></p>													
<p>f. Tarikh prosedur / rawatan yang telah diberi  <i>Nature of procedure / treatment given</i></p>													
<p>g. (iv) Adakah apa-apa dalam sejarah pesakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada penyakit ini? <b>(dd/mm/yyyy)</b>  <i>Is there in the patient's history that relates directly or indirectly to this illness? (dd/mm/yyyy)</i></p>	<p><b>* If 'YES', please state the illness and date of first diagnosed</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Nama penyakit / Kecederaan:  <i>Yes No Illness / Injury :</i></p> <p>_____</p> <p>Tarikh disahkan:  <i>Date 1st diagnosed:</i></p> <p>_____</p> <p><b>* If 'YES', please state the illness and date of first diagnosed</b></p> <p>Hypertension <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Date 1st diagnosed  <i>Yes No</i> _____</p> <p>Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Date 1st diagnosed  <i>Yes No</i> _____</p> <p>Others <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Name of illness:  <i>Yes No</i> _____</p> <p>_____</p> <p>Date 1st diagnosed _____</p>												

