

## Soal Selidik Diabetes Mellitus

### *Diabetes Mellitus Questionnaire*

---

No. Permohonan:

*Application No.:* \_\_\_\_\_

Nama Penuh:

*Full Name:* \_\_\_\_\_

- 1) Apakah jenis dan bilakah diabetes mellitus mula dikesan?  
*Which type and when was diabetes mellitus first diagnosed?*
- 

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ya<br>Yes                | Tidak<br>No              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2) Mengenai rawatan anda: / <i>Regarding your treatment:</i>                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| a. Adakah anda mengambil ubatan oral?<br>Jika YA, sila nyatakan jenis ubat dan dos, termasuk berapa kali digunakan setiap hari.<br><i>Do you take oral medication?</i><br><i>If YES, please state the type of medication(s) and dosage(s), including number of times used daily.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

- |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Adakah anda mengambil insulin?<br><i>Do you use insulin?</i><br>Jika YA, sila nyatakan jenis insulin dan dos, termasuk berapa kali digunakan setiap hari.<br><i>If YES, please state the type of insulin and dosage, including number of times used daily.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
- 

- 3) Mengenai pemantauan keadaan anda: / *Regarding the monitoring of your condition:*
- a. Berapa kerapkah anda menguji darah anda sendiri atau air kencing untuk glukosa?  
*How often do you test your own blood or urine for glucose?*
-

- b. Sila nyatakan 3 keputusan terakhir bagi ujian glukosa darah:  
*Please indicate the last 3 results from the blood glucose test:*

| Keputusan/Results | Tarikh/Date |
|-------------------|-------------|
|                   |             |
|                   |             |
|                   |             |

- c. Sila nyatakan 3 keputusan terakhir bagi ujian glukosa air kencing:  
*Please indicate the last 3 results from the urine glucose test:*

| Keputusan/Results | Tarikh/Date |
|-------------------|-------------|
|                   |             |
|                   |             |
|                   |             |

- d. Sila nyatakan 2 keputusan HbA1c terakhir, jika diketahui.  
*Please indicate the last 2 HbA1c results, if known.*

| Keputusan/Results | Tarikh/Date |
|-------------------|-------------|
|                   |             |
|                   |             |

- e. Berapa kerap anda ke klinik atau doktor untuk pemantauan?  
*How often do you attend a clinic or doctor for monitoring?*

- 
- f. Bilakah tarikh terakhir anda mendapatkan rundingan?  
*When was your last consultation?*

- 
- g. Sila nyatakan nama dan alamat klinik atau doktor yang memantau rawatan anda.  
*Please provide the name and address of the clinic or doctor supervising your treatment.*

- 
- 4) Sejak rawatan anda bermula, adakah anda pernah dimasukkan ke hospital untuk kencing manis (hipoglisemia/ hiperglisemia) koma atau apa-apa keadaan yang berkaitan dengan diabetes mellitus? Jika YA, sila berikan tarikh.  
*Since your treatment begins, have you ever been hospitalized for a diabetic (hypoglycaemic/hyperglycaemic) coma or any condition related to diabetes mellitus? If YES, please provide dates.*
-

- 5) Pernahkah anda mempunyai mana-mana yang berikut?  
*Have you ever had any of the following?*

|                                                                                                                                    | Ya<br>Yes                | Tidak<br>No              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Protin atau albumin dalam air kencing.<br><i>Protein or albumin in the urine.</i>                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Masalah dengan mata anda.<br><i>Problems with your eyes.</i>                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Kebas atau kesemutan di lengan, tangan, kaki atau kedua kaki.<br><i>Numbness or tingling in your arms, hands, feet or legs.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tekanan darah tinggi.<br><i>High blood pressure.</i>                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Jantung atau masalah peredaran.<br><i>Heart or circulatory problems.</i>                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Masalah dengan buah pinggang anda.<br><i>Problem with your kidneys.</i>                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika YA pada mana-mana di atas, sila berikan butiran keputusan.  
*If YES to any of the above, please provide details of the result.*

- 
- 6) Adakah anda pernah cuti selama 15 hari atau lebih disebabkan oleh sebarang penyakit pada tahun-tahun yang lepas? ☐ ☐  
Jika YA, sila berikan butiran lengkap.  
*Have you been off work for 15 or more days due to any illness in the past year?*  
*If YES, please provide full details.*

- 
- 7) Sila berikan sebarang maklumat tambahan mengenai keadaan anda, yang anda rasakan dapat membantu memproses permohonan anda.  
*Please provide any additional information on your condition, which you think may be helped in processing your application.*

---

Saya mengaku bahawa jawapan yang telah saya berikan adalah, sepanjang pengetahuan saya, benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan permohonan ini.

Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan insurans saya dan kegagalan untuk mendedahkan mana-mana fakta penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak.

*I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application.*

*I agree that this form will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.*

Tandatangan:  
*Signature:*

Tarikh:  
*Date:*

Nota / Notes :

1. Borang ini mestilah dilengkapkan oleh orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak yang dikeluarkan. / *This form must be completed by the person specified in the deferment letter issued.*
2. Sekiranya orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak berumur kurang dari 16 tahun, borang ini mestilah ditandatangani oleh pemohon. / *If the specified person stated in the deferment letter is less than 16 years old, the form must be signed by the applicant.*