

Soal Selidik Tekanan Darah Tinggi *High Blood Pressure Questionnaire*

No. Permohonan:

Application No.: _____

Nama Penuh:

Full Name: _____

- 1) Bilakah tekanan darah tinggi anda mula dikesan?
When was your high blood pressure first diagnosed?

- 2) Mengapakah tekanan darah diukur pada masa yang tertentu? Iaitu pemeriksaan rutin kerana gejala, dan lain-lain.
Why was your blood pressure measured at that particular time? i.e. routine examination, due to symptoms, etc.

- | | Ya
Yes | Tidak
No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3) Adakah anda tahu apa bacaan tekanan darah anda semasa didiagnosis?
Jika YA, sila berikan butiran.
<i>Do you know what your blood pressure readings were at diagnosis?
IF YES, please provide details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 4) Adakah anda tahu punca tekanan darah tinggi anda? Jika YA, sila berikan butiran.
Do you know the cause for your high blood pressure? If YES, please provide details.

5) Adakah siasatan berikut telah dilakukan?
Have you had the following investigations done?

	Ya Yes	Tidak No
ECG / ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ujian Stress ECG / ECG Stress test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X-Ray / X-Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekokardiogram / Echocardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ujian Lipid Darah / Lipid Profile Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ujian Air Kencing / Urine test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lain-lain / Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika YA pada mana-mana di atas, sila berikan butiran keputusan dan salinan laporan.
If YES to any of the above, please provide details of the result and copy of reports.

6) Sila beri butiran rawatan anda termasuk nama ubat-ubatan (seperti Inderal, Tenomin, dll), dos dan berapa kerap diambil:

Please provide details of your treatment include names of medication (i.e. Inderal, Tenomin, etc.) dosage and how often it is taken:

a. Pada masa ini: / *Currently:*

b. Jika berubah dalam tempoh 12 bulan yang lalu: / *If changed within last 12 months:*

7) Mengenai pemantauan keadaan anda: / *Regarding the monitoring of your condition:*

a. Siapakah yang bertanggungjawab ke atas susulan anda? / *Who is in charge of your follow-up?*

b. Berapa kerap anda hadir ke susulan anda? / *How often do you attend for follow-up?*

c. Bilakah rundingan terakhir anda? Sila berikan butiran bacaan tekanan darah anda pada masa itu, jika diketahui.

When was your last consultation? Please provide details of your blood pressure reading at that time, if known.

- | | Ya
Yes | Tidak
No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8) Adakah apa-apa yang tidak normal, seperti protin, darah atau gula, pernah dijumpai di dalam air kencing anda? Jika YA, sila berikan tarikh-tarikh dan butiran penuh
<i>Have any abnormalities, such as protein, blood or sugar, ever been found in your urine? If YES, please provide date(s) and full details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 9) Adakah anda mendapat lebih dari satu minggu cuti dengan keadaan ini?
Jika YA, sila berikan butiran termasuk tarikh dan tempoh cuti kerja.
<i>Have you had more than one week off work with this condition?
If YES, please provide details including dates and duration of time off work.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 10) Sila berikan sebarang maklumat tambahan mengenai keadaan anda yang dirasakan dapat membantu dalam memproses permohonan anda.
<i>Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.</i> | | |
| <hr/> | | |

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 :

- 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.*
- 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.*