

SOAL SELIDIK KEHAMILAN PREGNANCY QUESTIONNAIRE

Untuk dilengkapkan oleh Doktor
To be completed by Doctor

No. Permohonan: _____
Application No.:

Nama Yang Diinsuranskan: _____
Name of Insured:

1.	Adakah beliau mengalami mana-mana yang berikut? <i>Does she have any of the following?</i>		
	a) Tekanan darah tinggi <i>High blood pressure</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	b) Masalah buah pinggang <i>Kidney problem</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	c) Albuminuria <i>Albuminuria</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	d) Masalah jantung (Contoh: kerosakan injap) <i>Heart problem (E.g.: valvucular defect)</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	e) Sejarah kelahiran secara pembedahan akibat saiz pelvis rahim yang tidak cukup besar <i>Previous history of caesarean birth due to inadequate size of the pelvis of the uterus</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	f) Sejarah toksemia kelahiran terdahulu <i>History of toxemia of a previous pregnancy</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	g) Adakah anda menjangkakan sebarang komplikasi semasa beliau melahirkan? <i>Do you envisage any complication during her delivery?</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	h) Anemia <i>Anemia</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
2.	Bilangan bulan kehamilan. <i>Number of months pregnant.</i>		
3.	Bilakah tarikh jangka kelahiran? <i>When is the expected due date for delivery?</i>		
4.	Lain-lain komen. <i>Other comments.</i>		

*Tandatangan Pemeriksa Perubatan
Signature of Medical Examiner*

*Tarikh
Date*