

Kuesioner Gangguan Punggung (diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

Proposal Number / Nomor SPAJ : _____
Name / Nama Calon Tertanggung : _____
New NRIC No / Nomor Identitas Diri : _____

1. Diagnosis and cause / Apa Diagnosa dan penyebabnya?

2. Date of first diagnosis / Tanggal Diagnosa pertama : Date/Tanggal Month / Bulan Year / Tahun

3. Severity of condition / Tingkat keparahan :

- Mild / Ringan [] - Moderate / Sedang [] - Severe / Parah []
- Primary / Primer [] - Secondary / Sekunder []
- Single / Sekali [] - Recurrent / Berulang []
- Acute / Akut [] - Chronic / Kronis []

4. Any investigations done? If Yes, please specify
Apakah ada pemeriksaan yang dilakukan? Jika "Ya" sebutkan.

Date / Tanggal	Type / Jenis Pemeriksaan	Result / Hasil

Please provide a copy of report if available. Harap lampirkan salinan hasil pemeriksaan dan laporan medis, jika ada.

5. Type of treatment / Jenis perawatan:

Conservative / Konservatif []

Surgery / Operasi []

Details of treatment done or contemplated / Jelaskan rincian pemeriksaan yang telah dilakukan dan akan dilakukan?

6. Deformity and disability / Kelainan dan ketidakmampuan.

Mild / Ringan [] Moderate / Sedang [] Severe / Parah []

7. What is the disease activity? / Bagaimana tingkat keaktifan penyakit tersebut?

- Still active, even after treatment / Masih aktif, bahkan setelah perawatan []
- Not active, treatment stopped / Tidak aktif, perawatan dihentikan []
- Chance finding of symptoms, minimal deformity and disability / Terdapat kemungkinan gejala lain, tingkat kelainan dan ketidakmampuan rendah []
- Frequent symptoms, moderate deformity and disability / Frekuensi gejala terjadi, tingkat kelainan dan ketidakmampuan sedang []
- Continuous symptoms, severe deformity and disability / Gejala yang terus menerus, tingkat kelainan dan ketidakmampuan tinggi []

8. Are There any of the following complication? / Apakah Tertanggung mengalami komplikasi seperti berikut?

- Cardiovascular System / Sistem kardiovaskular []
- Eye / Mata []
- Endocrine / Endokrin []
- Renal / Ginjal []
- Central Nervous System / Sistem Saraf Pusat []
- Respiratory / Pernapasan []

9. Has any future treatment been discussed / contemplated such as change in medications, surgery or other therapy? Please provide details.

Apakah ada pengobatan / perawatan yang akan dilakukan dan dianjurkan, seperti mengganti jenis obat, Operasi atau terapi lainnya. Mohon jelaskan secara rinci.

10. Have you had occasion to refer this applicant to another medical practitioner? If Yes, please state name(s) and date(s).

Apakah Anda memiliki pertimbangan untuk merujuk Tertanggung ke praktisi medis lain? Jika "Ya", sebutkan nama praktisi medis dan tanggal kunjungan.

11. To the best of your knowledge, has the life proposed ever received medical attention from any other medical advisers? If Yes, please give the following particulars.

Sepengetahuan Anda, apakah Tertanggung pernah menerima pengobatan atau perawatan dari Praktisi medis Lainnya? Jika "Ya", mohon berikan rinciannya.

Name and address of Medical Adviser / Nama dan alamat Dokter	Nature of condition/ Kondisi

Signature of Medical Examiner / :
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan _____

Date / Tanggal : _____

Name / Nama : _____

Clinic Stamp / : _____