

MEDICAL REPORT FOR MALAYSIA MY SECOND HOME PROGRAMME

PERINGATAN
Reminder

BAHAGIAN I DAN II HENDAKLAH DIISI OLEH PEMOHON YANG BERKENAAN
Part I and II are to be completed by the applicant

1. **BAHAGIAN I** : BUTIR-BUTIR PERIBADI PEMOHON
Part I Personal Particulars of Applicant

- (a) NAMA PENUH :
Full Name 姓名 (ブロック体) (DALAM HURUF BESAR / In Block Letters)
- (b) NAMA LAIN (JIKA ADA) :
Other Name (If any) 別名 (もしあれば) (DALAM HURUF BESAR / In Block Letters)
- (c) JANTINA :
Sex 性別
- (d) NOMBOR PASPORT :
Passport Number パスポート番号
- (e) TARIKH DAN TEMPAT LAHIR :
Date and place of birth 生年月日と出生地

2. **BAHAGIAN II** : LATAR BELAKANG KESIHATAN
Medical History

- (a) ADAKAH ANDA PERNAH MENGIDAP PENYAKIT-PENYAKIT BERIKUT ?
(Have you ever suffered from the following ailments ?)

あなたは以前下記の病気にかかった事がありますか？

	YA Yes はい	TIDAK No いいえ	JIKA YA, BERI ULASAN If yes, give brief details 「はい」と回答した場合、詳細を記入
(i) PENYAKIT OTAK Mental Illness 精神病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ii) BATUK KERING Tuberculosis 結核 (症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(iii) GILA BABI Epilepsy てんかん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(iv) LELAH Chronic Asthma 慢性ぜんそく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(v) HEPATITIS A OR B A型またはB型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		YA <i>Yes</i> はい	TIDAK <i>No</i> いいえ
(vi)	AIDS エイズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(vii)	KENCING MANIS <i>Diabetes Mellitus</i> 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(viii)	PENYAKIT JANTUNG <i>Heart Disease</i> 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JIKA YA, BERI ULASAN
If yes, give brief details
「はい」と回答した場合、詳細を記入

(b)	RANSANGAN <i>Senses</i> 感覚器官	BERFUNGSI <i>Functioning</i> 正常	TIDAK BERFUNGSI <i>Not Functioning</i> 異常がある
(i)	RASA <i>Taste</i> 味覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii)	BAU <i>Smell</i> 嗅覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iii)	SENTUHAN <i>Touch</i> 触覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iv)	PENGLIHATAN <i>Vision</i> 視覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(v)	PENDENGARAN <i>Hearing</i> 聴覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I 名前 (姓/名) , Passport No パスポート番号 ,

Issued by the Government of パスポート発行国 agree that :

1. All information given in the application form and the attached supporting documents are genuinely correct and true.
2. Any false information given by applicant / Licensed Company will have the Social Visit Pass issued under this programme cancelled without further notice.

Dated this 日 day of 月 (month) 年 (year) _____

at 住所 _____

_____ (address)

in the State of _____.

Country 国名 _____.

Date : 日付 _____

Signature of the above named

申請者の署名
