



## BORANG DEKLARASI KESIHATAN SUKARELAWAN

Nama : \_\_\_\_\_

No Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

No Telefon : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

GEJALA (dalam tempoh 14 hari)	YA	TIDAK	PENYAKIT	YA	TIDAK
Demam			Darah Tinggi (tidak terkawal)		
Kesejukan			Kencing Manis		
Menggigil			Lelah (Asma ,COPD)		
Sakit badan			Kanser (dalam rawatan aktif)		
Sakit kepala			Penyakit Autoimun (dalam rawatan)		
Sakit tekak			Penyakit Jantung		
Loya atau muntah			Hepatitis		
Cirit birit			HIV/AIDS		
Keletihan			Tuberkulosis dalam fasa aktif		
Selesema atau hidung sumbat			Obesiti (BMI > 35kgm <sup>2</sup> )		
Batuk			Penyakit Buah Pinggang		
Sesak nafas			Penyakit Mental		
Hilang deria bau			Penyakit Sawan		
Hilang deria rasa					

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua **pengisytiharan** yang dinyatakan di atas adalah **BENAR**

Tandatangan Sukarelawan

.....

Nama : \_\_\_\_\_

No.KP : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_