

Asthma Questionnaire Pertanyaan Lelah

To be completed by Proposed Life Assured/Policy Owner
Untuk dilengkapkan oleh Orang Yang Dicadangkan/Pemegang Polisi

PROPOSED LIFE / PENCADANG : _____	PROPOSAL NO / NO CADANGAN : _____
PROPOSAL NO / PEMEGANG POLISI	POLICY NO / NO POLISI
NRIC NO. / NO KP : _____ AGE / UMUR : _____ SEX / JANTINA : <input type="checkbox"/> MALE / LELAKI <input type="checkbox"/> FEMALE / PEREMPUAN	
<p>FOR THE PURPOSE OF COMPLETING THIS QUESTIONNAIRE PLEASE NOTE THE FOLLOWING: BAGI MELENGKAPKAN SOALSELIDIK INI SILA AMBIL PERHATIAN MENGENAI PERKARA YANG BERIKUT:</p> <p>An "Attack of Asthma" would be considered to be present if you have suffered from mild wheezing followed by shortness of breath that required the use of an Inhaler or Asthma medicine (bronchodilators) to control the same. Please use this definition to indicate the number of attacks that you have suffered in the past years. "Serangan Asma" boleh dianggap wujud jika anda mengalami nafas termengah-mengah (ronkus) yang ringan diikuti dengan nafas yang pendek yang memerlukan penggunaan alat sedut atau ubat Asma (bronkodilator) untuk mengawalinya. Sila gunakan definisi ini bagi mencatatkan bilangan serangan telah dialami sebelum ini.</p>	
(1) When was your age when you had asthma for the first time? <i>Berapakah usia anda semasa asma menyerang anda buat kali pertama?</i>	
(2) Are you still suffering from attacks of asthma? <i>Adakah anda masih mengalami serangan asma?</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
(3) When did you have last attack of asthma? <i>Bilakah kali terakhir anda mengalami serangan asma?</i>	
(4) How many attacks of asthma did you have in the last 2 years? <i>Berapa kalikah anda mengalami serangan asma dalam tempoh 2 tahun yang lalu?</i>	
(5) How many of these attacks in the past 2 years required treatment by a doctor? <i>Berapa kerap kalikah antara serangan asma dalam tempoh 2 tahun kebelakangan yang memerlukan rawatan doctor?</i>	
(6) Please give the name and address of the doctor(s) who treated you for these attacks in the last 2 years. <i>Sila berikan nama dan alamat doktor-doktor yang telah merawat serangan-serangan ini dalam tempoh 2 tahun yang lalu.</i>	a)
	b)
(7) How many of these attacks in the last 2 years required treatment and admission at a hospital? <i>Berapa banyakkah di antara serangan-serangan ini dalam tempoh 2 tahun yang lalu memerlukan rawatan dan kemasukan ke hospital?</i>	
(8) Please give the name and address of the hospital where you were admitted for the treatment of asthma in the last 2 years. <i>Sila berikan nama dan alamat hospital dimana anda telah menerima rawatan asma dalam tempoh 2 tahun yang lepas.</i>	
(9) Please indicate the dosage & medication that you are taking for the control of your asthma. <i>Sila tuliskan dosaj dan jenis ubatan yang anda ambil untuk rawatan asma.</i>	Name of medication / <i>nama ubat:</i>
	Dosage / <i>dos:</i>
(10) Which of these are applicable for the control of your asthma/bronchitis? <i>Mana di antara yang berikut digunakan untuk mengawal lelah/bronchitis anda?</i>	Name of medication / <i>nama ubat:</i>
	Dosage / <i>dos:</i>
<input type="checkbox"/> Daily medication <i>Mengambil ubat setiap hari</i> <input type="checkbox"/> Take medication only during attack <i>Mengambil ubat hanya bila mengalami serangan</i> <input type="checkbox"/> Use inhaler when having attack <i>Menggunakan sedutan bila mengalami serangan</i> <input type="checkbox"/> Use steroids off and on <i>Kadang-kadang menggunakan steroid</i> <input type="checkbox"/> Need to be hospitalized to control asthma <i>Perlu dihospitalkan untuk mengawal lelah</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK

(11) Have you used steroids before?
Pernahkah anda mengambil steroid?
 Tick the form of steroids / *Tandakan bentuk steroids yang digunakan;*

Spray / inhaler
 Semburan / sedutan
 Oral / liquid form
 Ubat makan / bentuk cecair
 Date of last steroid
 Tarikh terakhir anda mengambil steroid: ____/____/____

(12) How much time you have taken off from work or absent from school during the past 2 years due to asthma attacks?
Berapa hariakah anda mengambil cuti dari bekerja atau tidak menghadiri sekolah dalam masa 2 tahun yang lepas disebabkan oleh serangan lelah.

Year / Tahun	Number of days / jumlah hari
_____	_____
_____	_____

(13) Do you smoke?
Adakah anda merokok?

No / Tidak
 Yes / Ya

Number of cigarettes smoke per day
Bilangan rokok dihisap sehari _____
 Number of years you have been smoking
Bilangan tahun anda sudah merokok _____

(14) Do any of your immediate family members suffer from asthma?
Adakah saudara terdekat anda mengalami asma?

No / Tidak
 Yes / Ya, state details / beri butiran _____

Declaration / Pengakuan

I, the undersigned, hereby 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 proposal. I agree that this form will constitute part of my proposal for life assurance and that failure to disclose any material facts known to me may invalidate contract.
Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini mengesahkan 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 cadangan insurans ini. Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian dari borang cadangan untuk insurans hayat dan kegagalan untuk mendedahkan sebarang maklumat penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak insurans tersebut.

Name:
Nama: _____

Signature:
Tandatangan: _____

NRIC No:
No KP: _____

Date:
Tarikh: _____