



## PTTEP Medical Questionnaire Report

Please answer the health questions. If you are not sure, please ask your occupational medicine what it means. Your health advisor may ask you additional questions during the examination.

กรุณาดำเนินการตามคำถามสุขภาพ หากไม่แน่ใจ กรุณาสอบถามแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ของคุณอาจจะมีการถามคำถามเพิ่มเติมระหว่างการตรวจร่างกาย

### PART 1: PERSONAL DETAILS (ประวัติส่วนตัว)

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                       |                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|
| Name:<br>ชื่อ-สกุล                                                                                                                                                                                                                              | MOHAMMAD SAFIQUEZ ISLAM                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                       |                                         |    |
| Date of Birth:<br>(D/M/Y)<br>วันเดือนปีเกิด                                                                                                                                                                                                     | 23-MAY-1992<br><del>2014</del>                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sex<br>เพศ<br><input checked="" type="checkbox"/> Male<br>ชาย <input type="checkbox"/> Female<br>หญิง | Age:<br>อายุ                            | 32 |
| Address:<br>ที่อยู่                                                                                                                                                                                                                             | MOMINBAUGH LANE-02, KAMRANGIR CHAR, ASHRAFBAD<br>1211, DHAKA                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                       |                                         |    |
| Telephone No:<br>หมายเลข<br>โทรศัพท์                                                                                                                                                                                                            | +8801675532795                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Mobile No:<br>โทรศัพท์มือถือ                                                                          | +8801675532795                          |    |
| Nationality:<br>สัญชาติ                                                                                                                                                                                                                         | BANGLADESHI                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ID No./ Passport No:<br>หมายเลขบัตรประชาชน/<br>หมายเลขหนังสือเดินทาง                                  | PASS NO: A02008317<br>ID NO: 5565455929 |    |
| Marital Status:<br>สถานภาพการสมรส                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                       |                                         |    |
| <input type="checkbox"/> Single<br>โสด <input checked="" type="checkbox"/> Married<br>สมรส <input type="checkbox"/> Widower/Widow<br>พอม่ายหรือหม้าย <input type="checkbox"/> Divorced<br>หย่า <input type="checkbox"/> Separated<br>แยกกันอยู่ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                       |                                         |    |
| Job Title:<br>ตำแหน่งงาน                                                                                                                                                                                                                        | ASS'T CHIEF ELECTRICIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                       |                                         |    |
| Job Type:<br>ลักษณะงาน                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Office<br>สำนักงาน <input type="checkbox"/> Onshore<br>แหล่งผลิตบนฝั่ง <input checked="" type="checkbox"/> Offshore<br>แหล่งผลิตนอกชายฝั่ง                                                                                                                                         |                                                                                                       |                                         |    |
| Company:<br>บริษัท                                                                                                                                                                                                                              | NIPPON STEEL<br>(OFS)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Office Telephone No:<br>หมายเลขโทรศัพท์<br>สำนักงาน                                                   | +65 86060492                            |    |
| PTTEP Work<br>Location:<br>สถานที่<br>ปฏิบัติงานกับ<br>ปตท.สผ.                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ART<br>โครงการอาทิตย์ <input type="checkbox"/> GBN<br>โครงการบงกชเหนือ <input type="checkbox"/> GBS<br>โครงการบงกชใต้<br><input type="checkbox"/> BARGE _____ <input type="checkbox"/> RIG _____ <input type="checkbox"/> OTHER _____<br>เรือ _____ รีก _____ อื่นๆ โปรดระบุ _____ |                                                                                                       |                                         |    |





## PART 2 : PAST WORKING HISTORY (ประวัติการทำงานย้อนหลังก่อนถึงปัจจุบัน)

| Details<br>รายละเอียด                                                                                                                  | From Past – Present จากอดีต - ปัจจุบัน        |                                               |                                               |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                                                                                        | 1 <sup>st</sup> Company<br>สถานประกอบการที่ 1 | 2 <sup>nd</sup> Company<br>สถานประกอบการที่ 2 | 3 <sup>rd</sup> Company<br>สถานประกอบการที่ 3 | 4 <sup>th</sup> Company<br>สถานประกอบการที่ 4 |
| Company Name:<br>ชื่อสถานประกอบการ                                                                                                     | NIPPON STEEL<br>(COFS)                        |                                               |                                               |                                               |
| Industry Type:<br>ประเภทกิจการ                                                                                                         | DLB-BAR-STEEL                                 |                                               |                                               |                                               |
| Work Type:<br>ลักษณะงานที่ทำ                                                                                                           | ASSIST CHIEF ELECTRICAL                       |                                               |                                               |                                               |
| Period of service:<br>(D/M/Y till D/M/Y)<br>ระยะเวลาที่ทำ<br>(จ/ก/ป - จ/ก/ป)                                                           | 01-01-2011 TO<br>CONTINUING NOW               |                                               |                                               |                                               |
| Occupational Health Hazard<br>exposure, please provide<br>detail:<br>ผลกระทบด้านสุขภาพ<br>ขอรายละเอียด                                 |                                               |                                               |                                               |                                               |
| Type of personal protective<br>equipment (PPE) which you<br>have ever used:<br>ใช้เครื่องมือป้องกันอันตราย<br>อะไรบ้าง (PPE) ที่เคยใช้ |                                               |                                               |                                               |                                               |



**PART 3 : PERSONAL MEDICAL ILLNESS/INJURY HISTORY (ประวัติการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยส่วนตัว)**

Have you ever had any illness, operation or been in hospital of any diseases mentioned below? Or do you currently have any of the medical problems mentioned below?

ท่านเคยเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือเคยเข้ารับการผ่าตัด หรือกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคดังตารางข้างล่างนี้หรือไม่

| DISEASES/SYMPTOMS<br>โรค/อาการ                                                                 | YES<br>ใช่               | NO<br>ไม่ใช่                        | PROVIDE<br>DETAILS<br>โปรดระบุ<br>รายละเอียด | DISEASES/SYMPTOMS<br>โรค/อาการ                                                                                                                                | YES<br>ใช่               | NO<br>ไม่ใช่                        | PROVIDE<br>DETAILS<br>โปรดระบุ<br>รายละเอียด |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. Pulmonary Tuberculosis<br>โรควัณโรคปอด                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 15. Gallstone<br>นิ่วในถุงน้ำดี                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 2. Any sexual transmitted<br>diseases<br>โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 16. Back pain/ joint pain/<br>muscle pain<br>โรคปวดหลัง/ ปวดข้อต่อ/ ปวด<br>กล้ามเนื้อ                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 3. Cancer<br>โรคมะเร็ง                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 17. Epilepsy/ Seizures<br>โรคลมชัก/ ลมบ้าหมู                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 4. Any Haematological<br>disease<br>โรคเลือดชนิดต่าง ๆ                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 18. Headache / Migraine<br>ปวดศีรษะ/ โรคไมเกรน                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 5. High blood pressure<br>โรคความดันโลหิตสูง                                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 19. Any endocrine disorders<br>โรคทางระบบต่อมไร้ท่อชนิดต่างๆ                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 6. Any Heart diseases<br>โรคหัวใจชนิดต่าง ๆ                                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 20. Urinary tract stone<br>โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 7. Any peripheral circulation<br>diseases/ Varicose veins<br>โรคระบบหมุนเวียนโลหิตส่วน<br>ปลาย | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 21. Peptic ulceration /<br>gastritis/ Esophagitis/ GERD/<br>Colitis/ IBS<br>โรคแผลในกระเพาะอาหาร/หลอด<br>อาหารอักเสบ/กรดไหลย้อน/<br>ลำไส้อักเสบ /ลำไส้แปรปรวน | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 8. Any Cerebrovascular<br>diseases<br>โรคหลอดเลือดสมองชนิดต่าง ๆ                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 22. Prostatitis/ BPH<br>โรคต่อมลูกหมากอักเสบ/ โรค<br>ต่อมลูกหมากโต                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 9. Pneumothorax<br>เคยมีลมรั่วในปอด                                                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 23. Any mental disorders<br>โรคทางจิตประสาทชนิดต่างๆ<br>เช่น ความวิตกกังวล, ภาวะ<br>ซึมเศร้า                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 10. COPD/ Asthma<br>โรคถุงลมโป่งพอง/ หอบหืด                                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 24. Renal impairment/ failure<br>มีภาวะการทำงานของไตเสื่อม,<br>โรคไตวาย                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 11. Vertigo / Meniere's<br>disease<br>โรคเวียนศีรษะ/ น้ำในหูไม่<br>เท่ากัน                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 25. Hemorrhoids/ anal<br>abscess and fistulae<br>ริดสีดวงทวาร/ ฝีคัณฑสูตร                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 12. Hernia<br>โรคไส้เลื่อน                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 26. Allergies<br>โรคภูมิแพ้                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 13. Diabetes<br>โรคเบาหวาน                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 27. Any skin disease<br>โรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |
| 14. Liver disease<br>โรคตับ                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              | 28. Psoriasis<br>โรคสะเก็ดเงิน                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                              |

**PART 4 : GENERAL MEDICAL QUESTIONNAIRES (แบบสอบถามด้านการแพทย์ทั่วไป)**

| GENERAL MEDICAL QUESTIONNAIRES<br>(แบบสอบถามด้านการแพทย์ทั่วไป) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | YES<br>ใช่                          | NO<br>ไม่ใช่                        | PROVIDE DETAILS<br>โปรดระบุรายละเอียด |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1                                                               | Do you smoke?<br>If yes, please provide number of cigarettes per day<br>คุณสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบบุหรี่, กรุณาระบุจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                       |
| 2                                                               | Do you drink alcohol?<br>If yes, please provide number of units per week.<br>คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หากดื่ม กรุณาระบุปริมาณที่ดื่มต่อสัปดาห์                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 3                                                               | Do you use illicit drugs?<br>คุณมีการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายหรือไม่?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 4                                                               | Have you ever been treated for alcohol or substance abuse?<br>คุณเคยได้รับการรักษา/บำบัดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดหรือไม่?                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 5                                                               | Have you any allergies to food, medication, or to environment allergens?<br>คุณมีประวัติแพ้อาหาร ยา หรือมีการแพ้สารจากสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสหรือไม่ ?                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 6                                                               | Have you ever received vaccinations?<br>(Names mentioned below)<br>Please provide date of last vaccination/ immunity.<br>ท่านเคยรับวัคซีนเหล่านี้หรือไม่ ?<br>หากเคยได้รับ กรุณาระบุวันที่ได้รับวัคซีนครั้งสุดท้าย                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Typhoid (ไทฟอยด์)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Influenza (ไขหวัดใหญ่)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Tetanus (บาดทะยัก)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Yellow Fever (ไข้เหลือง)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Hepatitis A (ตับอักเสบเอ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Hepatitis B (ตับอักเสบบี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                       |
|                                                                 | • Varicella (สุกใส)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
| 7                                                               | Are you taking non-prescription or prescription medications?<br>Please list the dosage.<br>ท่านกำลังรับประทานยาใดเป็นประจำหรือไม่ ? โปรดระบุ                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 8                                                               | Have you ever been rejected from employment on medical grounds?<br>คุณเคยออกจากงาน โดยมีเหตุจากปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่?                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 9                                                               | Have you ever developed any medical condition in connection with your occupation?<br>If so, please give details: e.g. hearing loss/ skin condition/ wheeze/ backache/ muscle strain/ blood disease<br>คุณเคยได้รับการรักษาทางการแพทย์ โดย เกิดจากการทำงานหรือไม่ ?<br>ถ้าเคย กรุณาระบุ รายละเอียด เช่น การสูญเสียการได้ยิน/ โรคผิวหนัง/ การหายใจติดขัด/ปวดหลัง/โรคกล้ามเนื้อ/โรคเกี่ยวกับเลือด | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 10                                                              | <b>For female</b> , Do you have any Gynae problems? i.e. abnormal smears, painful period, pregnancy problems, and Brest lumps?<br><b>สำหรับผู้หญิง</b> ท่านมีปัญหาทางสูตินรีเวชหรือไม่ ?                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |
| 11                                                              | <b>For female</b> , Are you in reproductive age?<br>If yes, please provide the FIRST DAY of last menstruation period.<br><b>สำหรับผู้หญิง</b> ท่านยังอยู่ในวัยที่มีประจำเดือนอยู่หรือไม่ ?<br>หากมี โปรดระบุวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งล่าสุด                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                                       |

**PART 5 : FAMILY MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว)**

| FAMILY MEDICAL HISTORY<br>(ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว) |                                                                                                                                                        | YES<br>ใช่               | NO<br>ไม่ใช่                        | PROVIDE DETAILS<br>โปรดระบุรายละเอียด |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1                                                        | Has your father had any underlying diseases?<br>e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease<br>บิดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 2                                                        | Has your mother had any underlying diseases?<br>e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease<br>มารดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |
| 3                                                        | Have your siblings had any underlying diseases?<br>e.g. Heart disease, Stroke, Cancer, nervous or mental disease<br>พี่น้องของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                       |

**PART 6 : SICKNESS ABSENCE (ประวัติการขาดงานจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย)**

Please list how many days you have been absent from work due to sickness from both injury and illness. For each absence please also indicate the dates and the reason.

หากท่านมีประวัติการขาดงาน กรุณาระบุจำนวนวัน วันที่ขาดงาน และรายละเอียดของการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ขาดงานนั้น

| NUMBER OF DAYS<br>ABSENCE<br>จำนวนวันที่ขาดงาน | DATES OF ABSENCE<br>(DD/MM/YY)<br>วันที่ขาดงาน (ป/ด/ว) | PLEASE PROVIDE THE DETAIL OF<br>ILLNESS/INJURY<br>กรณารายละเอียดของการบาดเจ็บเจ็บป่วย/ |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                |                                                        |                                                                                        |
|                                                |                                                        |                                                                                        |
|                                                |                                                        |                                                                                        |
|                                                |                                                        |                                                                                        |

I acknowledge that medical information stated in this form is true and correct. Failure to disclose any pre-existing medical conditions or any false information provided will be grounded for immediate dismissal of PTTEP Fit to Work or denial work permission. This includes an exclusion of any illness/ injury claims and other benefits to which I might otherwise be entitled. The details of my medical examination may be released to my own doctor and also the results may be communicated to the personnel department of the company/ PTTEP for whom this examination is carried out only for the purpose of fitness to work assessment and providing of medical service.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง ข้าพเจ้าทราบดีว่า การให้ข้อมูลอันเป็นเท็จใดๆ อีกทั้งการไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวใดๆ ก่อนหน้านี้ของข้าพเจ้า จะมีผลให้การประเมินความพร้อมด้านสุขภาพถูกยกเลิกทันที ตลอดจนไม่ได้รับการอนุมัติในการเดินทางไปปฏิบัติงานยังพื้นที่ปฏิบัติงานของ ปตท.สผ. และยังคงส่งผลถึงการไม่สามารถเรียกร้อง หรือร้องขอผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงจะได้รับจากทางบริษัทต้นสังกัด หรือ ปตท.สผ.

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลและรายละเอียดทางสุขภาพนี้ แก่แพทย์ประจำตัว/ แพทย์เจ้าของไข้ของข้าพเจ้า หรือมอบให้แก่บริษัทต้นสังกัด หรือ ปตท.สผ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินความพร้อมด้านสุขภาพ และการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์เท่านั้น

SIGNATURE OF EXAMINEE:

SAFIQUEZ ISLAM

DATE:

05-03-2024



# Medical Examination Report

Name: MOHAMMAD SHAFIQUEL ISLAM Date of Examination: \_\_\_\_\_  
 D.O.B: 23-MAY-1992  
 \* Age: 32 YRS Job Title: ASST. CHIEF ELECTRICIAN  
 Gender: MALE Company: NIPPON STEEL ENGINEERING CO., LTD

Weight: 61 kg Height: 154 cm BMI: 25.7 Pulse: 78 /min Blood Pressure: 120/76 mmHg

## 1) PHYSICAL EXAMINATION

| Exam                           | Normal                              | Abnormal | Comment |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------|---------|
| Eyes / Pupils                  | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Ears, Nose and Throat          | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Neck & Thyroid                 | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Lung, Chest & Breasts          | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Heart                          | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Abdomen and Viscera            | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Hernia Orifices                | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Genitals & Urinary System      | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Rectal / Prostate Exam         | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Pelvic exam                    | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Lymph Nodes                    | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Skin                           | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Spine, other musculoskeletal   | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Cardiovascular                 | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Neurological                   | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Vascular System (Varicosities) | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |
| Extremities                    | <input checked="" type="checkbox"/> |          |         |

## 2) OCCUPATIONAL EYES EXAMINATION

|                  |                                            |                                   |                 |
|------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| Vision-Distance  | R <u>6/6</u>                               | L <u>6/6</u>                      | Both <u>6/6</u> |
| Vision-Near      | R <u>N5</u>                                | L <u>N5</u>                       | Both <u>N5</u>  |
| Tonometry        | R <u>N5</u>                                | L <u>N5</u>                       | Both <u>N5</u>  |
| Color Blindness  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal |                 |
| Visual Field     | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal |                 |
| Depth Perception | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal |                 |

## 3) DENTAL EXAMINATION

☒ Normal ☐ Abnormal (refer to Dental Examination Report for more details)

## 4) CHEST X-RAY

☒ Normal ☐ Abnormal  
Describe Abnormalities: \_\_\_\_\_

## 5) COMPLETE BLOOD COUNT

Blood Group: A+ Rh: + Hb: 15.1 Hct: \_\_\_\_\_  
 Platelets: 329000  
 WBC: 62 PMN: 62 LYMPH: 32 MONO: 00  
 EOS: 02 BASO: 00 BAND: 00

## 6) LIPID PROFILE

Total Cholesterol 164 mg/dl Triglyceride 173 mg/dl  
 HDL Cholesterol 44 mg/dl Cholesterol/HDL Ratio \_\_\_\_\_  
 LDL Cholesterol 82 mg/dl

## 7) URIC ACID TEST

Uric Acid: 4.1 mg/dl

## 8) FASTING BLOOD SUGAR

Glucose (Fasting): 5.2 mg/dl

## 9) LIPID PROFILE

SGOT: 20 U/L  
 SGPT: 28 U/L  
 Alkaline Phosphatase: 153 U/L

## SUMMARY AND RECOMMENDATIONS:

## 10) KIDNEY FUNCTION TEST

BUN: 20 mg/dl Creatinine: 0.85 mg/dl

## 11) BLOOD EXAMINATION

Blood Group: A+ Rh Type: POSITIVE

## 12) URINE EXAMINATION

Color: STRAW WBC: NI /HPF  
 Sp. Gr.: \_\_\_\_\_ RBC: NI /HPF  
 Albumin: NI Epithelial Cell: NI /HPF  
 Microscopic: NI  
 Appearance: NI  
 Ph: NI  
 Sugar: NI

## 13) AUDIOMETRIC TEST

Right ☒ Normal ☐ Abnormal  
 Left ☒ Normal ☐ Abnormal  
 Decibel loss at frequency (Hz): \_\_\_\_\_

\* Additional Test for AGE 35 years old and above

## 14) ELECTROCARDIOGRAPHY: EKG

☒ Normal ☐ Abnormal  
 Describe Abnormalities: \_\_\_\_\_

## 15) EXERCISE STRESS TEST: EST

☐ Normal ☐ Abnormal  
 Describe Abnormalities: \_\_\_\_\_

## 16) ULTRASOUND ABDOMEN

☐ Normal ☐ Abnormal  
 Describe Abnormalities: \_\_\_\_\_

\* Additional Test for SPECIFIC TASKS

## A) STOOL EXAMINATION

\* required for Catering and Food Preparation

WBC: \_\_\_\_\_ Oval/Parasites: \_\_\_\_\_  
 RBC: \_\_\_\_\_ Occult Blood: \_\_\_\_\_

## B) SPIROMETRY\* (Pulmonary Function)

\* required for Breathing Apparatus Work / Confined Space Work

FEV<sub>1</sub>: \_\_\_\_\_ FEV<sub>1</sub>/FVC: \_\_\_\_\_  
 FVC: \_\_\_\_\_

OPTIONAL TEST when Special Request

\* required only when request

## HBV PROFILE

HBsAg: \_\_\_\_\_ HBcAb: \_\_\_\_\_  
 HBsAb (numeric value): \_\_\_\_\_

## STD SCREENING

HIV: \_\_\_\_\_ VDRL: \_\_\_\_\_

Name of Physician: DR. MR. MD. RAIHAN

Address: RADICAL HOSPITAL LIMITED  
Uttara, Dhaka, Bangladesh



05 MAR 2024

Signature:

DR. MR. MD. RAIHAN  
 MBBS (DU), DPM, CCD (Birdem), PGT (Ophth)  
 BMDC A-55144, MMC-BGD-016  
 DG Shipping Bangladesh Approved  
 General Physician  
 Radical Hospitals Limited

# Medical Examination Report



Name: MOHAMMAD SAFIQUEL BLAIN  
 D.O.B: 23-MAY-1992  
 \* Age: 32 YRS  
 Gender: MALE

Date of Verification: \_\_\_\_\_

^ Job Title: ASST. CHIEF ELECTRICIAN  
 Company: NIPPON STEEL ENGINEERING CO., LTD

## Part I (to be filled out by Clinic Doctor)

This individual has been examined on (date) \_\_\_\_\_ in accordance with PTTEP FTW Guidelines, and in my opinion:

- ☒ A Fit, no restrictions recommended.
- ☐ B Fit for specific task:
- ☐ Breathing Apparatus Work (confined space)
  - ☐ Crane Operator
  - ☐ Professional Driver
  - ☐ Fire fighter and Rescue Team
  - ☐ Food and Catering
- ☐ C Fit, with restrictions recommended (see comments)
- ☐ D Unfit at the time, to be reviewed on (date) \_\_\_\_\_
- ☐ E Unfit

Comments:

**FIT FOR DUTY ON BOARD SHIP**



Doctor Signature: DR. MD. RAIHAN  
 Name: MBBS (D), DPM, CCD (Birm), PGT (Ophth)  
BMDC A-55144, MMC-BGD-016  
 Date: 05 MAR 2024  
DG Shipping Bangladesh Approved  
General Physician  
Radical Hospitals Limited.

## Part II (to be filled out by PTTEP Physician)

I have reviewed the examined physician opinion and attached test results, and in my opinion, the individual is:

### 1. Offshore Fitness Verification

| Status                                        | Comments |
|-----------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Fit to Work          |          |
| <input type="checkbox"/> Fit with Restriction |          |
| <input type="checkbox"/> Unfit due to         |          |

### 2. Valid until (DD/MM/YY):

### 3. Specific Task/Position

| Status                                | Comments                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fit to Work  | <input type="checkbox"/> Professional Driver / Crane Operator<br><input type="checkbox"/> Food and Catering<br><input type="checkbox"/> Fire Fighter and Rescue Team<br><input type="checkbox"/> Other, please specify _____ |
| <input type="checkbox"/> Unfit due to |                                                                                                                                                                                                                              |

PAD Signature: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



DENTAL EXAMINATION REPORT FOR PTTEP OFFSHORE FITNESS VERIFICATION

วันที่ (Date) 05 MAR 2024

ข้าพเจ้า (I) DR. MA KHALEGE RAJU ทันตแพทย์ประจำคลินิก/โรงพยาบาล (Dentist at the clinic/hospital) \_\_\_\_\_ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม (Dentistry License no.) 6980

ขอรับรองว่า นาย, นาง, นางสาว (certified that Mr., Mrs., Ms.) นาง HAMMAD SAFI RUEL ALAMI อายุ (age) 32

ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพในช่องปาก (received dental examination on) เมื่อวันที่ (date) 05 เดือน (month) 03 พ.ศ. (year) 24

โดยผลการตรวจทางทันตกรรมมีดังนี้ (Dental examination results are as follows;)

1. พบปัญหาโรคเหงือกอักเสบรุนแรง/โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง (Diagnosed with severe periodontitis) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
2. พบฟันผุลึก/ ฟันผุถึงโพรงประสาทฟัน (Diagnosed with deep dental caries/ caries with tooth pulp exposed) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
3. พบรากฟันค้างในเหงือก (Retained root pulp was observed) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
4. พบวัสดุอุดฟันแตกหัก (Broken fillings were observed) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
5. พบฟันโยก/ฟันคลอน (loose teeth were observed) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
6. พบฝีปริทันต์ (Acute periodontal abscess was observed) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_
7. พบปัญหาทางทันตกรรมเร่งด่วนอื่น ๆ หรือต้องการรักษาทันทีภายใน 2-3 เดือน (Any other urgent dental problems that require complete treatments within a couple of months) ☐ yes ☒ no  
ระบุรายละเอียด (Provide details) \_\_\_\_\_

โดยทันตแพทย์มีความเห็นโดยสรุปว่า Conclusion of Dental Examination:

- ( ) สุขภาพช่องปากและฟันดี (Normal dental examination and hygiene)
- ( ) มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก ไม่เร่งด่วน คือ \_\_\_\_\_ ควรรักษาให้เสร็จภายใน \_\_\_\_\_ เดือน  
(Diagnosed with non-urgent dental problems which is/are \_\_\_\_\_  
Recommend to receive dental treatment within \_\_\_\_\_ months)
- ( ) มีปัญหาสุขภาพในช่องปากเร่งด่วนตามข้อ 1-7 ข้างต้น ควรรักษาให้เสร็จสิ้นก่อนการไปปฏิบัติงานที่สถานปฏิบัติการนอกชายฝั่ง (Diagnosed with urgent dental problems as listed no.1-7 above and strongly recommend to receive dental treatments prior starting offshore work)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_

ทันตแพทย์ผู้ตรวจ (Dentist)



**Id No** : 0106 **Date** : 05-Mar-2024 **D.Date** : 05-Mar-2024  
**Patient's Name** : MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM **Age** : 31Y 9M 11D **Gender** : Male  
**Specimen** : Blood  
**Doctor Name** : Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM- PA 0380205

### Haematology Report

(Relevant estimations were carried out by Mythic-One Auto Haematology Analyzer & checked manually)

| Parameter Name                     | Results               | Reference Range                                                                                    |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hemoglobin (Hb)</b>             | <b>15.1</b> gm/dl     | M:13-18 gm/dl. F:11.5-16.5 gm/dl.<br>Child:10-13 gm/dl.                                            |
| <b>ESR(Westergreen)</b>            | <b>05</b> mm/1st hr   | Infant: (One year):8-10 gm/dl.<br>Male:0-10, F:0-20 mm/1st hr.                                     |
| <b>Total WBC Count(TC)</b>         | <b>6,300</b> /cumm    | Adult: 4000 - 11000/cumm.<br>Children: 5,000-15,000/cumm<br>Infant(One Year):<br>6,000-18,000/cumm |
| <b>Differential WBC Count (DC)</b> |                       |                                                                                                    |
| Neutrophils                        | <b>63</b> %           | Child: 25-66 %, Adult: 40-75 %                                                                     |
| Lymphocytes                        | <b>32</b> %           | Child: 52-62 %, Adult: 20-50 %                                                                     |
| Monocytes                          | <b>03</b> %           | Child: 03-07 %, Adult: 02-10 %                                                                     |
| Eosinophils                        | <b>02</b> %           | Child: 01-03 %, Adult: 01-06 %                                                                     |
| Basophils                          | <b>00</b> %           | Adult: 00-01 %                                                                                     |
| Total Cir. Eosinophils             | <b>126</b> /cumm      | 50-450/cumm                                                                                        |
| <b>Total RBC Count</b>             | <b>5.0</b> m/ul       | M: 4.5-6.5, F:3.8-5.8 m/ul                                                                         |
| HCT/PCV                            | <b>42</b> %           | M: 40-54%, F:37-47%                                                                                |
| MCV                                | <b>78</b> fL          | 76 - 94 fL                                                                                         |
| MCH                                | <b>30</b> pg          | 27 - 32 pg                                                                                         |
| MCHC                               | <b>31</b> g/dL        | 29 - 34 g/dL                                                                                       |
| RDW                                | <b>13</b> %           | 11 - 16 %                                                                                          |
| PDW                                | <b>40</b> fL          | 35 - 56 fL                                                                                         |
| <b>Total Platelete Count (PC)</b>  | <b>3,29,000</b> /cumm | 150,000-450,000/cumm                                                                               |
| MPV                                | <b>8.9</b> fL         | 7.0 - 11.0 fL                                                                                      |
| PCT                                | <b>0.1</b> %          | 0.1 - 0.5 %                                                                                        |
| Bleeding Time(BT)                  | %                     | 10 - 18 %                                                                                          |
| Cloting Time(CT)                   | %                     | 0.1- 0.2 %                                                                                         |

**Checked By**   
 Medical Technologist

  
**Dr. Sumaiya Khatun**  
 MBBS,MD(Gold Medalist) (BSMMU)  
 Associate Professor  
 Dept. Of Microbiology  
 East West Medical College & Hospital.

|                |                                                       |               |             |
|----------------|-------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Bill No        | DIA24030106                                           | Received Date | 05/03/2024  |
| Patient's Name | MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM                               |               |             |
| Patient's Age  | 31Y 9M 11D                                            | Patient's Sex | Male        |
| Ref. by        | Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM | CDC NO        | PA- 0380205 |
| Sample         | BLOOD                                                 |               |             |

### BIOCHEMISTRY REPORT

| Test Name                 | Result     | Reference Range  |
|---------------------------|------------|------------------|
| Fasting Blood Sugar (FBS) | 5.2 mmol/l | 4.2 – 6.4 mmol/l |
| Serum Creatinine          | 0.85 mg/dl | 0.3 - 1.3 mg/dl  |
| Serum (BUN)               | 20 mg/dl   | 7- 23 mg/dl      |
| Uric Acid                 | 4.1 mg/dl  | 3.8 - 8.0 mg/dl  |
| Serum ALT (SGPT)          | 28 U/L     | Up to 40 U/L     |
| Serum AST (SGOT)          | 20 U/L     | Up to 37 U/L     |
| Serum Alkaline Phosphate  | 153 U/L    | 98 - 279 U/L     |
| <b>Lipid profile</b>      |            |                  |
| Serum Cholesterol         | 164 mg/dl  | up to 200 mg/dl  |
| Serum HDL- Cholesterol    | 44 mg/dl   | >35 mg/dl        |
| Serum Triglyceride        | 173 mg/dl  | upto 220 mg/dl   |
| Serum LDL- Cholesterol    | 82 mg/dl   | <130 mg/dl       |

### REMARKS (IF ANY)

IN VIEW OF THE LIVER FUNCTION TEST RESULT, HIS BLOOD IS FREE FROM TOXIC EFFECT OF CHEMICALS.

Checked By

Medical Technologist.  
Radical Hospital Ltd.

**Dr. Sumaiya Khatun**  
MBBS, MD (Microbiology)  
Associate Professor  
Dept. of Microbiology  
East West Medical College and Hospital.

|                |                                                       |               |             |
|----------------|-------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Bill No        | DIA24030106                                           | Received Date | 05/03/2024  |
| Patient's Name | MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM                               |               |             |
| Patient's Age  | 31Y 9M 11D                                            | Patient's Sex | Male        |
| Ref. by        | Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM | CDC NO        | PA- 0380205 |
| Sample         | <b>BLOOD</b>                                          |               |             |

## SEROLOGICAL REPORT

Test Name

Result

| <b>BLOOD GROUPING RESULT</b> |           |
|------------------------------|-----------|
| ABO Blood Group              | "A" (+ve) |
| Rh (D)Factor                 | Positive  |

Checked By

Medical Technologist,  
Radical Hospital Ltd.



**Dr. Sumaiya Khatun**

MBBS, MD (Microbiology)

Associate Professor

Dept. of Microbiology

East West Medical College and Hospital.

|                |                                                       |               |             |
|----------------|-------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Bill No        | DIA24030106                                           | Received Date | 05/03/2024  |
| Patient's Name | MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM                               |               |             |
| Patient's Age  | 31Y 9M 11D                                            | Patient's Sex | Male        |
| Ref. by        | Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM | CDC NO        | PA- 0380205 |
| Sample         | URINE                                                 |               |             |

**URINE ROUTINE EXAMINATION**

**PHYSICAL EXAMINATIONMICROSCOPIC EXAMINATION**

|            |            |             |         |
|------------|------------|-------------|---------|
| Quantity   | Sufficient | CELLS / HPF |         |
| Color      | Straw      | RBC         | Nil     |
| Appearance | Clear      | Pus Cells   | 1-2/HPF |
| Sediment   | Nil        | Epithelial  | 2-3/HPF |

**CHEMICAL EXAMINATION CASTS / LPF**

|              |        |            |     |
|--------------|--------|------------|-----|
| Reaction     | Acidic | RBC        | Nil |
| Albumin      | Nil    | WBC        | Nil |
| Sugar        | Nil    | Epithelial | Nil |
| Ex.Phosphate | Nil    | Granular   | Nil |
|              |        | Hyaline    | Nil |

**ON REQUESTCRYSTALS & OTHERS**

|              |          |                   |     |
|--------------|----------|-------------------|-----|
| Bile Salt    | Not Done | Urates            | Nil |
| Bile Pigment | Not Done | Uric Acid         | Nil |
| Ketones      | Not Done | Calcium oxalate   | Nil |
| Urobilinogen | Not Done | Amor. Phos        | Nil |
| B.J. Protein | Not Done | Hippurate crystal | Nil |

Checked By

Medical Technologist.  
Radical Hospital Ltd.

*Dr. Sumaiya Khatun*

**Dr. Sumaiya Khatun**  
MBBS, MD (Microbiology)  
Associate Professor  
Dept. of Microbiology  
East West Medical College and Hospital.

|              |                                  |           |            |     |      |
|--------------|----------------------------------|-----------|------------|-----|------|
| Patient ID   | 24030106                         | Test Date | 05/03/2024 |     |      |
| Patient Name | MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM          | Age       | 32 YRS     | Sex | Male |
| Ref. By      | Dr. Mir Md. Raihan MBBS (DU),DFM |           |            |     |      |

### BMI REPORT

Body Mass Index =  $\frac{\text{Weight in kg}}{(\text{Height in Meter})^2}$

=  $\frac{61 \text{ kg}}{(1.54)^2}$

= 25.7

### BMI Categories

- ❖ Under Weight in = <18.5
- ❖ Normal Weight= 18.5 - 24.9
- ❖ Over Weight=25 - 29.9
- ❖ Obeshyz = BMI of 30 or greater.



**Dr. Mir Md. Raihan**

MBBS (DU), CCD (Birdem), PGT (ophth)  
Reg- A55144 BGD-016(MMC)  
DG Shipping Bangladesh Approved  
Malaysian Medical Council Approved  
General Physician  
Radical Hospitals Limited

Date: 05/03/2024

## EYE EXAMINATION REPORT

|       |                         |                         |                   |
|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------|
| NAME: | MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM |                         |                   |
| AGE:  | 32 YRS                  | RANK: ASST: ELECTRICIAN | CDC NO: PA0380205 |

VISUAL ACUITY:                      RIGHT                      LEFT

UNAIDED                      6/6                      6/6

AIDED

COLOUR VISION:      NORMAL / ~~BLIND~~

OPINION                      :      ~~UNFIT~~ / FIT FOR EMPLOYMENT ON BOARD



Dr. Mir Md. Raihan  
MBBS, PGT (Ophthalmology)  
Assistant Registrar (EX)  
East west Medical College & Hospital

**DEPARTMENT OF RADIOLOGY & IMAGING**

ID. No. : 24030106 Receive: 05/03/2024 Print: 05/03/2024  
Patient's Name : **MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM**  
Age : 32 YRS Sex : M  
Refd. by : Dr. Mir Md. Raihan MBBS,(DU),CCD(BIRDEM),PGT(Eye),DFM

**X-RAY OF CHEST (DIGITAL)**

**Diaphragm** : Both hemidiaphragm are normal in position.  
C-P angles are clear.

**Heart** : Normal in T.D.

**Lung** : Lung fields are clear.

**Bony thorax** : Reveals no abnormality.

**Comments** : Normal chest skiagram.



**Prof. Dr. Md. Mojibor Rahman**  
MBBS, DMRD (Radiology & Imaging)  
Head of the Department (Radiology & Imaging)  
Sylhet Women's Medical College Hospital

## AUDIOLOGICAL REPORT

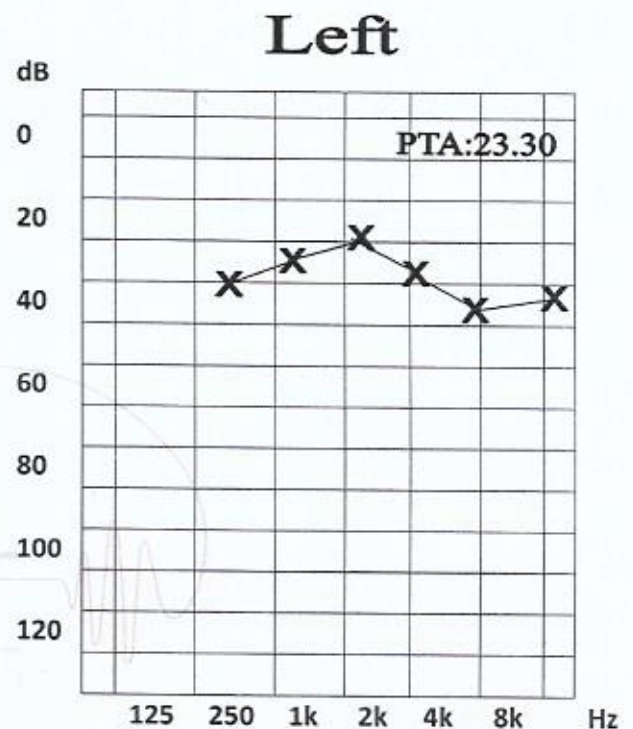
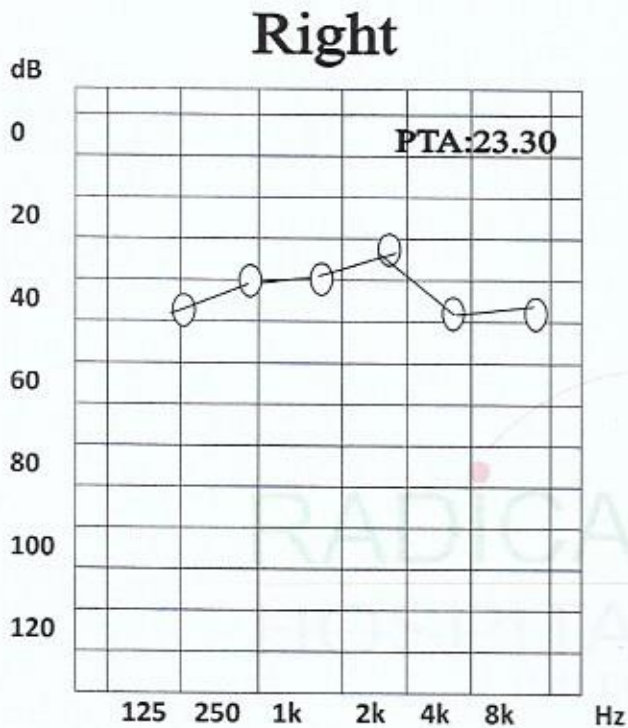
Patient Name : MOHAMMAD SAFIQUEL ISLAM

05/03/2024

Age : 32 Yrs

Address : RHL, UTTARA

Referred By : Dr. Mir Md. Raihan , MBBS,(DU), DFM



0-25= Normal Hearing.  
26-40= Mild Hearing Loss.  
41-55= Moderate Hearing Loss.  
56-70= Moderately Severe Hearing Loss.  
71-90= Severe Hearing Loss.  
91-120= Profound Hearing Loss.

|                  | Right Ear | Left Ear |
|------------------|-----------|----------|
| Air Unmasking OX |           |          |
| Bone Unmasking   |           |          |
| Air Masking OX   |           |          |
| Bone Masking ΔΔ  |           |          |

Remark's:-

Right Ear: Normal Hearing.

Left Ear: Normal Hearing.

# Radical Hospitals Ltd.

35, Shah Makhdum Avenue, Sector-12, Uttara, Dhaka,

Telephone: 02-7920116-7, Mob: 01955567000

Above-35 Yrs

RADICAL  
HOSPITALS LTD.

24030106

Name: MOHAMMAD SARIQUEL ISLAM DATE: 05-03-2024

Age: 32 Sex: MALE

CDC NO: PA0380205 Rank: ASS'T CHIEF ELECTRICIAN

Vessel: DLB - BARGE

REFD BY : Nippon Steel Engineering

| SL No       | Test Name                             | Amount   |
|-------------|---------------------------------------|----------|
| 01          | Physical Examination, BMI, Doctor Fee | 500.00   |
| 02          | Colour Visual Acuity                  | 500.00   |
| 03          | Dental Examination By Dentist         | 500.00   |
| 04          | Chest X-Ray                           | 400.00   |
| 05          | CBC With Platelet Count               | 450.00   |
| 06          | Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL   | 800.00   |
| 07          | Uric Acid                             | 300.00   |
| 08          | FBS                                   | 100.00   |
| 09          | SGOT, SGPT, Alkaline Phosphatase      | 900.00   |
| 10          | BUN, Creatinine                       | 400.00   |
| 11          | Blood Group and RH TYPE               | 100.00   |
| 12          | Urine Examination                     | 100.00   |
| 13          | Audiography                           | 500.00   |
| Grand Total |                                       | 5,550.00 |

Signature: SARIQUEL ISLAM

Date: 05-03-2024

Mobile: 0167552795

Email: SARIQUEL23051992@GMAIL.COM

Height: 154

Weight: 61

**PAID**  
05 MAR 2024  
Radical Hospital Ltd.