

استمارة الفحص الطبي

صورة شخصية	السيد الدكتور/ المحترم
	نرجو إجراء الفحوصات الطبية المذكورة لاحقاً للطالب:
	الجنسية: تاريخ الميلاد: رقم الهاتف:

1- قوة الإبصار: العين اليمنى: العين اليسرى: تمييز الألوان:
2- الصدر: الفحص بالأشعة: الفحص الاكلينيكي:
3- الدورة الدموية: القلب: ضغط الدم:
4- الجهاز العصبي:
5- فحوصات الدم: الهيموجلوبين: مرض نقص المناعة:
6- التهاب الكبد الفيروسي (C): التهاب الكبد الفيروسي (B):
العاهات والإعاقات: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نوع الإعاقة إن وجدت:

تقييم الأمراض المزمنة:					
الربو: Asthma	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	سكري: Diabetes	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
حساسية: Allergic	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	نوبات صرع: Seizure Disorder	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>

الختم	نتيجة الفحوصات:
	لائق <input type="checkbox"/> غير لائق <input type="checkbox"/>
	أعطي الطالب شهادة اللياقة الصحية بناءً على الفحوصات التي أجريت له:
	اسم الطبيب: التوقيع: التاريخ: م
اسم العيادة/ المستشفى: العنوان:	