

صورة
Photo

استمارة الفحص الطبي
Medical Check UP Form

Name: الاسم:
Marital Status: Age: العمر: الحالة الاجتماعية:

Student's Medical History

X ✓

التاريخ المرضي للطالب

Asthma
Allergy
Diabetes Mellitus
Heart Disease
Hypertension
Migraine
Epilepsy
Psychiatric Disease
Surgical History

الربو
الحساسية
مرض السكري
أمراض القلب
ضغط الدم
الصداع النصفي
الصرع
أمراض نفسية
تاريخ جراحي

Clinical Examination

الفحص السريري

Vision: Right Eye: Left Eye: العين اليسرى: قوة الإبصار: العين اليمنى:
Respiratory System: الجهاز التنفسي:
Cardiovascular: Heart: BP: ضغط الدم: الدورة الدموية: القلب:
Gastrointestinal System: الجهاز الهضمي:
Nervous System: الجهاز العصبي:
Disabilities: العاهات والإعاقات:

Laboratory Investigations

الفحوصات المختبرية

Blood Group: فصيلة الدم:
CBC: تحليل الدم (الهيموجلوبين):
HIV Test: نقص المناعة (الإيدز):
HbSAg Test (B): التهاب الكبد الفيروسي:
HCV Test (C): التهاب الكبد الفيروسي:

The student is clinically:

الطالب سريرياً:

Fit: ☐ Unfit: ☐ Reason: لائق طبياً: ☐ غير لائق طبياً: ☐ السبب:

ختم المركز الصحي
Health Center Stamp

توقيع وختم الطبيب
Doctor's Stamp & Signature