

## نموذج استمارة الفحص الطبي

صورة شخصية	الإسم: .....
	الجنس: ..... السن: ..... 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): .....
7- 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"/>

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: .....
اسم العيادة/ المستشفى: ..... العنوان: .....

ختم المستشفى

توقيع / ختم الطبيب