



## استمارة الفحص الطبي



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: .....
- التهاب الكبد الفيروسي (C): ..... التهاب الكبد الفيروسي (B): .....
- 6- العاهات والإعاقات: نعم  لا  نوع الإعاقة إن وجدت: .....

### تقييم الأمراض المزمنة:

ربو: Asthma نعم  لا  سكري: Diabetes نعم  لا   
حساسية: Allergic نعم  لا  نوبات صرع: Seizure Disorder نعم  لا

غيرها تذكر: Other: Please specify: .....

### نتيجة الفحوصات:

لائق  غير لائق

أعطي الطالب شهادة اللياقة الصحية بناء على الفحوصات التي أجريت له:

اسم الطبيب: ..... التوقيع: ..... التاريخ: / /

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

