

صورة

نموذج الكشف الطبي

رقم الهوية

الاسم

المحترم:

سعادة مدير مستشفى

نأمل إجراء الفحوصات الطبية اللازمة للموضح بياناته/ اعلاه لمعرفة مدى لياقته / الصحية للقبول بالجامعة
عميد القبول والتسجيل



وتقبلوا تحياتي،،،

د.علي بن محمد القرني

النتيجة		الفحص Examination		النتيجة		الفحص Examination	
غير سليم	سليم	غير سليم	سليم	غير سليم	سليم	النتيجة	الفحص Examination
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النتظر	Rt.Eye..... العين اليمنى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lt.Eye العين اليسرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السمع والنطق	Color Discrimination تمييز الألوان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R.Ear الأذن اليمنى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Examination	..L.Ear..... الأذن اليسرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.P ضغط الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحوصات أخرى	C.V.S الجهاز القلبي الوعائي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Resp.S الجهاز التنفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C.N.S الجهاز العصبي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		G.I.T الجهاز الهضمي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Examination	Psychological exam... الفحص النفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Phy. disability"Define".... إعاقات بدنية"تحدد"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحوصات مصلية	متلازمة نقص المناعة المكتسبة "إيدز"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Viral hepatitis (c) "HBS" "Ag" (ج) التهاب الكبد الفيروسي (ج)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Viral hepatitis (b) "HBS" "Ag" (ب) التهاب الكبد الفيروسي (ب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Antibody Titer for "HBS" (ب) كمية الأجسام المضادة للالتهاب الكبد الفيروسي (ب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فصيلة الدم (Blood Group)	فصيلة الدم Blood group

التقرير النهائي:

أعيد اليكم التقرير الطبي بعد الكشف على الموضح بياناته/ اعلاه وقد اتضح أنه: لائق صحياً غير لائق صحياً

طبيب _____ توقيع _____
طبيب _____ توقيع _____
المدير _____ توقيع _____

الختم

التاريخ: / / 14 هـ