



استمارة الفحص الطبي المبني

بيانات الشخصية

أقرب شخص يمكن الاتصال به		
الاسم		سنة
الصلة		تاريخ الميلاد
رقم الهاتف		البلد
رقم الجوال		

بيانات الاجتماعية

أخ:, أخت:	
الأخوة	
يعيش الطالب بينهم	مع الوالدين: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
يعيش الطالب	مع غيرهم (حدد):
دين	هل توجد قرابة بينهما: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان نعم (حدد):
الإقامة	شقة سكنية <input type="checkbox"/> بيت شعبي <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/>

بيخ المرضي للطالب وعائلته، هل أصيب الطالب أو أحد أفراد عائلته بأي من الأمراض التالية؟

اسم المرض	الطالب	تاريخ الإصابة بالمرض	أحد الأقارب / حدد	مدة الإصابة
الربو				
القصبي				
ض الدم				
ض القلب				
ض أخرى (حدد)				

ص السريري

المظهر العام	الحواس	الأجهزة لداخلية
اللون:	النطق: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	القلب: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الوزن:	السمع: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	الصدر: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الوجه والرقبة:	الحالة العقلية: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	البطن: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
العضم والأطراف:	حدة الابصار: اليمنى: اليسرى: حالات جراحية:	
والشعر:		
سنتكم الطالب التطعيمات الأساسية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا ويحال لاستكمالها <input type="checkbox"/>	

ص الفم والأسنان

الأسنان	هل يستخدم الطالب الفرشاة أو السواك لتنظيف الأسنان؟
الأسنان المتسوسة	نعم بانتظام <input type="checkbox"/> نعم أحياناً <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
الأسنان المخلوقة	
الأسنان المحشوة	
اللثة	

الليل الطبية

تحليل البول	تحليل البراز	تحليل الدم
زلال:	طفيليات:	هيموغلوبين:, فصيلة الدم:
صديد:	دم:	كريات الدم الحمراء:
بيات:	صديد:	كريات الدم البيضاء:
أخرى:	أخرى:	أخرى:

ة الفحص الطبي

للإلتحاق بمدارس التعليم العام:	
وموغل قبوله لاحتياجه إلى:	
لائق للإلتحاق بالتعليم العام:	