



استمارة الفحص الطبي المبني

بيانات الشخصية

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

بيانات الاجتماعية

الأخوة	أخ: .....، أخت: .....
يعيش الطالب بينهم	مع الوالدين: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
دين	على قيد الحياة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
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)				

الص 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"/>
العضلي والأطراف:	حدة الابصار: اليمنى: اليسرى:	حالات جراحية:
والشعر:		
ستكمل الطالب التطعيمات الأساسية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا ويحال لاستكمالها <input type="checkbox"/>	

الأسنان والفم والأسنان

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

التحليل الطبية

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

الفحص الطبي

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