

كشف طبي لطالب الاشتراك الاختياري

صورة مقدم الطلب
مع ختم المستشفى

الاسم: العمر:
الجنس: المهنة:
رقم وثيقة الأحوال المدنية: تاريخ وجها الإصدار:
الرقم الوطني: الطول: الوزن:

أ. الفحص السريري:

| النتيجة | ملاحظات الطبيب | الفحوصات |
|---------|----------------|---------------------------|
| | | التشوهات والعيوب الخلقية |
| | | الجهاز العظمي والمفاصل |
| | | الجهاز العصبي والعضلي |
| | | الجهاز الدوراني والقلب |
| | | الجهاز التنفسي والصدر |
| | | الجهاز الهضمي والكبد |
| | | الجهاز البولي |
| | | الأنف والأذن والحنجرة |
| | | الحالة النفسية |
| | | العيون |
| | | الحالة الجلدية والتناسلية |
| | | الغدد اللمفاوية والطحال |

ب. الفحوصات الواجب إجراؤها:

1. المختبر

| النتيجة | | نوع الفحص |
|-----------|-------|--------------------------|
| غير طبيعي | طبيعي | |
| | | سكر الدم على الريق F.B.S |
| | | كرياتين Creatinine |
| | | كريات الدم البيضاء W.B.C |
| | | فحص بول Urine Analysis |

كشف طبي لطالب الاشتراك الاختياري

2. الأشعة

| النتيجة | | نوع الصورة |
|-----------|-------|----------------------------------|
| غير طبيعي | طبيعي | |
| | | صورة حديثة للصدر مع تقرير أخصائي |
| | | صورة حديثة للظهر مع تقرير أخصائي |

3. التخطيط

| النتيجة | | نوع التخطيط |
|-----------|-------|---------------------------------|
| غير طبيعي | طبيعي | |
| | | مخطط قلب كهربائي E.C.G مع تقرير |

4. فحص النظر

| النتيجة | | نوع الفحص |
|--------------|----------|---------------------------|
| بدون النظارة | بالنظارة | |
| | | قوة الإبصار/ العين اليمنى |
| | | قوة الإبصار/ العين اليسرى |

اسم المستشفى/المركز:
 ختم المستشفى/المركز
 نتيجة الفحص الطبي:
 اسم الطبيب الفاحص:
 مصدق/طبيب المؤسسة:

تعهد طالب الاشتراك:

أقر أنا الموقع أدناه: بأنني لا أعاني من أية أمراض غير ما ذكر في استمارة الفحص الطبي وأتحمل مسؤولية إخفاء أية معلومات تتعلق بهذا الأمر وأعفي المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي من أية حقوق تترتب لي بسبب حالات مرضية تم إخفاؤها وعدم التصريح بها.

الاسم: التوقيع:
 التاريخ: / /