

صورة مقاس

4x6

وتختتم من المستشفى أو  
المستوصف

## الكشف الطبي للطالب

اسم الطالب: -----

المكرم مدير المستشفى/ مستوصف: ----- الموقر

نأمل اجراء الفحوص الطبية اللازمة للطالب الموضح اسمه أعلاه.

وتقبلوا تحياتنا

المكرم/ مدير شؤون الطلاب بجامعة حفر الباطن

| نوع الفحص                                 | الطبيب                       | نوع الفحص                                                                    | الطبيب                       |
|-------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| العين<br>اليمنى .....<br>اليسرى .....     | الاسم .....<br>التوقيع ..... | البرص<br>سالب <input type="checkbox"/><br>موجب، وهي <input type="checkbox"/> | الاسم .....<br>التوقيع ..... |
| الأسنان<br>العلوية .....<br>السفلية ..... | الاسم .....<br>التوقيع ..... | فصيلة الدم<br>.....                                                          | الاسم .....<br>التوقيع ..... |
| الأمراض<br>الباطنية                       | الاسم .....<br>التوقيع ..... | البول                                                                        | الاسم .....<br>التوقيع ..... |
|                                           |                              | السكر                                                                        |                              |
|                                           |                              | الزلازل                                                                      |                              |
|                                           |                              | سالب <input type="checkbox"/> موجب <input type="checkbox"/>                  |                              |
| الجلدية                                   | الاسم .....<br>التوقيع ..... | الأمراض<br>النفسية                                                           | الاسم .....<br>التوقيع ..... |
| الأمراض<br>الصدرية                        | الاسم .....<br>التوقيع ..... | الأمراض<br>أخرى                                                              | الاسم .....<br>التوقيع ..... |

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ----- وبعد

أعيد اليكم التقرير الطبي، ولدى الكشف على الطالب: ----- اتضح أنه:

مدير المستشفى/ المستوصف

سليم ☐

الاسم: -----

التوقيع: -----

التاريخ: -----

يحتاج الى رعاية طبية ☐

وتقبلوا تحياتي