

وزارة التعليم
Ministry of Education
جامعة حفر الباطن
University of Hafer Albatin



المدينة:-----City:-----

الفرع:-----Branch:-----

الرقم الجامعي:.....University ID:.....

الاسم :.....Name:.....

العمر: يوم شهر سنة
Age :..... years..... Months..... Days

تاريخ الميلاد:...../...../.....H....../...../...../20.....Date of Birth:...../...../.....H....../...../...../20.....

الجنسية:.....Nationality:.....

القسم :.....Department :.....

☐ Employee موظف ☐ طالب Student

☐ أنثى Female/ ☐ ذكر Male

نموذج مراجعة مريض

		العلامات الحيوية
		الفحوصات السريرية
		ملخص التداخلات الطبية
		التشخيص بالعيادة
		مكان مراجعة المريض
		تحويل / خروج
		اسم المعالج
		التوقيع

