



Application #

رقم الطلب

Semester الفصل الدراسي

Date / 20... / / التاريخ 14هـ

كشف طبي

إسم الطالبة /

المحترم

سعادة مدير مستشفى / مستوصف

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته - وبعد ، ،

نأمل إجراء الفحوص الطبية اللازمة للطالبة الموضوع أسمها أعلاه.

وتقبلوا تحياتي ، ، ،

الطبيب	نوع الفحص	الطبيب	نوع الفحص
الإسم : التوقيع :	الأمراض الجراحية <input type="checkbox"/> سالب <input type="checkbox"/> موجب وهي :	الإسم : التوقيع :	العينان اليمنى : اليسرى :
		الإسم : التوقيع :	الأذنان اليمنى : اليسرى :
الإسم : التوقيع :	التحاليل السكر : <input type="checkbox"/> موجب <input type="checkbox"/> سالب الزلال : <input type="checkbox"/> موجب <input type="checkbox"/> سالب فصيلة الدم :	الإسم : التوقيع :	الأمراض الباطنية ضغط الدم <input type="checkbox"/> القلب غير سليم <input type="checkbox"/> القلب سليم <input type="checkbox"/> الرئتان غير سليمة <input type="checkbox"/> الرئتان سليمة <input type="checkbox"/> الكبد غير سليم <input type="checkbox"/> الكبد سليم <input type="checkbox"/> الطحال غير سليم <input type="checkbox"/> الطحال سليم
الإسم : التوقيع :	الأمراض النفسية <input type="checkbox"/> سالب <input type="checkbox"/> موجب وهي	الإسم : التوقيع :	الأمراض الجلدية <input type="checkbox"/> سالب <input type="checkbox"/> موجب وهي :
الإسم : التوقيع :	أمراض أخرى <input type="checkbox"/> سالب <input type="checkbox"/> موجب وهي	الإسم : التوقيع :	الأمراض الصدرية نتيجة الفحص الإشعاعي

المحترمة

المكرمة عميدة كلية الأمير سلطان الأهلية للبنات

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ، ، ،

أعيد إليكم التقرير الطبي بعد الكشف على الطالبة / حيث إتضح أنها :

سليمة

مدير المستشفى / المستوصف

تحتاج إلى رعاية طبية

الإسم :

وتقبلوا تحياتي ، ، ،

التوقيع :