



الصورة الشخصية

استمارة الفحص الطبي المبني

البيانات الشخصية

أقرب شخص يمكن الاتصال به		الاسم
الاسم		الجنسية
الصلة		مكان وتاريخ الميلاد
رقم الهاتف		العنوان
رقم الجوال		

البيانات الاجتماعية

عدد الأخوة	أخ:، أخت:
ترتيب الطالب بينهم	
مع من يعيش الطالب	مع الوالدين: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مع غيرهم (حدد):
الوالدين	على قيد الحياة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل توجد قرابة بينهما: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان نعم (حدد):
محل الإقامة	شقة سكنية <input type="checkbox"/> بيت شعبي <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/>

التاريخ 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
السكري				
الربو القصبي				
أمراض الدم				
أمراض القلب				
أمراض أخرى (حدد)				

الفحص السريري

المظهر العام	الحواس	الأجهزة لداخلية
الطول: سم	النطق: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	القلب: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الوزن: كجم	السمع: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	الصدر: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الرأس والوجه والرقبة:	الحالة العقلية: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	البطن: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الهيكل العظمي والأطراف:	حدة الابصار: اليمنى: اليسرى:	حالات جراحية:
الجلد والشعر:		
هل استكمل الطالب التطعيمات الأساسية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا ويحال لاستكمالها <input type="checkbox"/>	

فحص الفم والأسنان

عدد الأسنان المتسوسة	هل يستخدم الطالب الفرشاة أو السواك لتنظيف الأسنان؟
عدد الأسنان المخلوعة	نعم بانتظام <input type="checkbox"/> نعم أحياناً <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
عدد الأسنان المحشوة	
حالة اللثة	

التحاليل الطبية

تحليل البول	تحليل البراز	تحليل الدم
سكر:، زلال:	طفيليات:	هيموغلوبين:، فصيلة الدم:
دم:، صديد:	دم:	كريات الدم الحمراء:
طفيليات:	صديد:	كريات الدم البيضاء:
أخرى:	أخرى:	أخرى:

نتيجة الفحص الطبي

لائق للإلتحاق بمدارس التعليم العام:
لائق ومؤجل قبوله لاحتياجه إلى:
غير لائق للإلتحاق بالتعليم العام:

اسم الفاحص: التوقيع: التاريخ: