تقرير طبي

حرر في يوم ………..

مستشفى ………

اسم المريض الرباعي: ………………

عمر المريض: ……………

رقم السجل الطبي للمريض: …………….

الجنسية: …………………

الوظيفة: …………………

تاريخ دخول المستشفى …………………..

تاريخ الخروج من المستشفى ………….

تشخيص المرض:

……………………………………………

التوصية بالراحة المرضية:

يحتاج المريض السابق ذكره إلى أخذ إجازة مرضية وذلك لمدة لا تقل عن …………….. يوم، لتبدأ من تاريخ ……… وتستمر حتى تاريخ ……………

اسم الطبيب المعالج: ………………

توقيع الطبيب: …………………

رقم الهاتف: ………………