

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.....: