

الصورة الشخصية



المملكة العربية السعودية  
وزارة التعليم  
الإدارة: الإدارة العامة للتعليم بمنطقة.....  
المكتب: مكتب التربية والتعليم.....  
المدرسة: .....

### استمارة الفحص الطبي المبني

#### البيانات الشخصية

الاسم	الاسم
الجنسية	الاسم
مكان وتاريخ الميلاد	الاسم
العنوان	رقم الهاتف
	رقم الجوال

#### البيانات الاجتماعية

عقد الأسرة	أخ: .....
ترتيب الطالب بينهم	مع الوالدين: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
مع من يعيش الطالب	على قيد الحياة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أولاد	شقة سكنية <input type="checkbox"/> بيت شعبي <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/>
محل الإقامة	

التاريخ المرضي للطالب وعائلته، هل أصيب الطالب أو أحد أفراد عائلته بأي من الأمراض التالية؟

اسم المرض	التاريخ	مدة الإصابة	أحد الأقارب / حدد	مدة الإصابة
السكري				
تربو القصبي				
أمراض الدم				
أمراض القلب				
أمراض أخرى (حدد)				

#### الفحص السريري

المظهر العام	الحواس	الأجهزة الداخلية
الطول: .....	النطق: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/>	القلب: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الوزن: .....	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"/>
التهليل العظمي والأطراف:	حدة الإبصار: اليمنى: اليسرى:	حالات جراحية:
الجلد والشعر:	لا ويحال لاستكمالها <input type="checkbox"/>	
هل يستكمل الطالب التطعيمات الأساسية؟	نعم <input type="checkbox"/>	

#### فحص الفم والأسنان

عدد الأسنان المضمومة	هل يستخدم الطالب فرشاة أو السواك لتنظيف الأسنان؟
عدد الأسنان المضمومة	نعم بانتظام <input type="checkbox"/> نعم أحياناً <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
عدد الأسنان المضمومة	
حالة اللثة	

#### التحاليل الطبية

تحليل البول	تحليل البراز	تحليل الدم
سكر: .....	طفيليات: .....	هيموغلوبين: .....
دم: .....	دم: .....	كريات الدم الحمراء: .....
طفيليات: .....	صديد: .....	كريات الدم البيضاء: .....
أخرى: .....	أخرى: .....	أخرى: .....

#### نتيجة الفحص الطبي

لائق للإلتحاق بمدارس التعليم العام:
لائق ومؤجل فحونه لاحتياجه أس:
غير لائق للإلتحاق بالتعليم العام:

اسم الفاحص: ..... التوقيع: ..... التاريخ: .....