

صورة
Photo

نموذج طلب الفحص الطبي Medical Examination Application Form

Personal Details		البيانات الشخصية	
Age:	السن:	Name:	الاسم:
No. Facility:	رقم المنشأة:	Facility Name:	اسم المنشأة:
Candidate's Job:	الوظيفة المرشح لها:	Gender:	الجنس:
Employer's Details		بيانات جهة العمل	
Establishment or Responsible Manager Name:		اسم صاحب المنشأة أو المدير المسؤول:	
Signature:		التوقيع:	
Stamp		الختم	
Medical Information		المعلومات الصحية	
Power of Sight	Left Eye:	العين اليمنى:	قوة الإبصار
	Right Eye:	العين اليسرى:	
	Highlight Colors:	تمييز الألوان:	
	Notes:	الملاحظات:	
Chest:	Clenic Examination:	الفحص الكليني:	الصدر
	Radiography:	الفحص بالأشعة:	
Blood Circulation	Heart:	القلب:	الدورة الدموية
	Blood Pressure:	ضغط الدم:	
	Arteries	الشرايين:	
	Veins status:	حالة الأوردة:	
Nervous System			الجهاز العصبي
Hernia			الفتق
Disabilities			العاهات
Urine Examination	Diabetes:	السكر:	فحص البول
	Albumin:	الزلال:	
Stool Examination	If necessary	إذا لزم الأمر	فحص البراز
Bright blood Examination	If necessary	إذا لزم الأمر	فحص الدم الزاهي
Venereal Diseases			الأمراض التناسلية
Final Result			النتيجة النهائية

Approvals		الاعتمادات			
Committee Chairman	رئيس اللجنة	Doctor 2	طبيب 2	Doctor 1	طبيب 1
Date:	التاريخ:	Date:	التاريخ:	Date:	التاريخ:
Stamp					الختم