**تقرير طبي:**

حرر في يوم ………… بتاريخ / / هجري

مشفى …………………….

(يتم ملء البيانات المطلوبة بواسطة الطبيب أما باقي البيانات تتولى المشفى إكمال تدوينها)

الاسم الرباعي للمريض: ……………………………………………..

العمر: ………………………….

رقم السجل الطبي للمريض: ……………………

الجنسية: ………………………….

المسمى الوظيفي + الكيان: …………………….

تاريخ دخول المستشفى:

/ / ميلادي الموافق / / هجري

تاريخ الخروج من المستشفى

/ / ميلادي الموافق / / هجري

تشخيص المرض:

…………………..………………………….

التوصية بالراحة المرضية:

يحتاج المريض المذكور أعلاه إلى أخذ إجازة مرضية لمدة على ألا تقل عن …………………………. يوم، وتبدأ من تاريخ / / ميلادي الموافق / / هجري وتستمر حتى / / ميلادي الموافق / /. هجري.

اسم الطبيب المعالج: …….…………………….

توقيع الطبيب: …………..……………….

رقم الهاتف: ……..…………………….