



استمارة الفحص الطبي المبني

البيانات الشخصية

| | |
|---------------------|--------------------------|
| الاسم | أقرب شخص يمكن الاتصال به |
| الجنسية | الاسم |
| مكان وتاريخ الميلاد | الصلة |
| العنوان | رقم الهاتف |
| | رقم الجوال |

البيانات الاجتماعية

| | |
|--------------------|---|
| عدد الأخوة | أخ:، أخت: |
| ترتيب الطالب بينهم | |
| مع من يعيش الطالب | مع الوالدين: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مع غيرهم (حدد): |
| الوالدين | على قيد الحياة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل توجد قرابة بينهما: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| محل الإقامة | شقة سكنية <input type="checkbox"/> بيت شعبي <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/> إذا كان نعم (حدد): |

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

| اسم المرض | الطالب | تاريخ الإصابة بالمرض | أحد الأقارب / حدد | مدة الإصابة |
|------------------|--------|----------------------|-------------------|-------------|
| السكري | | | | |
| الربو القصبي | | | | |
| أمراض الدم | | | | |
| أمراض القلب | | | | |
| أمراض أخرى (حدد) | | | | |

الفحص السريري

| الأجهزة لداخلية | الحواس | المظهر العام |
|--|---|---|
| القلب: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | النطق: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> | الطول:سم |
| الصدر: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | السمع: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> | الوزن:كجم |
| البطن: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | الحالة العقلية: طبيعي <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> | الرأس والوجه والرقبة: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> |
| حالات جراحية: : | حدة الابصار: اليمنى: اليسرى: | الهيكل العظمي والأطراف: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> |
| | جلد والشعر: سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | هل إستمكّل الطالب التطعيمات الأساسية؟ |
| | نعم <input type="checkbox"/> لا ويحال لاستكمالها <input type="checkbox"/> | |

فحص الفم والأسنان

| | |
|---|----------------------|
| هل يستخدم الطالب الفرشاة أو السواك لتنظيف الأسنان؟ | عدد الأسنان المتسوسة |
| نعم بانتظام <input type="checkbox"/> نعم أحياناً <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | عدد الأسنان المخلوطة |
| | عدد الأسنان المحشوة |
| | حالة اللثة |

التحاليل الطبية

| تحليل البول | تحليل البراز | تحليل الدم |
|-------------------------|----------------|--------------------------------------|
| سكر:، زلال: | طفيليات: | هيموغلوبين:، فصيلة الدم: |
| دم:، صديد: | دم: | كريات الدم الحمراء: |
| طفيليات: | صديد: | كريات الدم البيضاء: |
| أخرى: | أخرى: | أخرى: |

نتيجة الفحص الطبي

| |
|-------------------------------------|
| لائق للإلتحاق بمدارس التعليم العام: |
| لائق ومؤجل قبوله لاحتياجه إلى: |
| غير لائق للإلتحاق بالتعليم العام: |

اسم الفاحص: التوقيع: التاريخ: