

استمارة فحص اللياقة

بيانات الشخصية					
	رقم الهوية		الاسم بالكامل		الجنس
	اسم ولد الأمر				تاريخ الميلاد
	الجنس				الجنسية
	المنطقة				اسم المنشأة الطبية
	رقم هاتف ولد الأمر				
التاريخ المرضي					
<input type="checkbox"/> عيوب خلقية	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> السكري			
<input type="checkbox"/> استخدام نظارات طيبة أو عدسات لاصقة	<input type="checkbox"/> أمراض عصبية	<input type="checkbox"/> الربو			
<input type="checkbox"/> إصبات وإعاقات	<input type="checkbox"/> مشاكل نفسية / حobia	<input type="checkbox"/> مشاكل في الرئتين (الثلاسيميا)			
<input type="checkbox"/> المصرع	<input type="checkbox"/> مشارکل سمعية	<input type="checkbox"/> حساسية أنوية			
<input type="checkbox"/> أخرى :	<input type="checkbox"/> الأنفومانجية	<input type="checkbox"/> حساسية أغذية			
التطعيمات المكتسبة					
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	إكمال التطعيمات قبل السن المدرسي 4 - 6	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	برنامج التطعيم
القياسات					
		مؤشر المدى لكتلة الجسم			الوزن بالكجم
					الطول بالسم
الخواص السريرية					
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز التنفس	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الرأس والرقبة
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز العصبي والأطراف	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز العصبي
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز الهضمي	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز الدورى
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز الحركي	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجهاز الحركي
فحص النظر - فحص النطق					
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	فحص النطق	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	كشف حدة النظر
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم		<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	العين اليمنى
<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم		<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	العين اليسرى
			<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	استخدام النظارة الطيبة
فحص السمع (إجراء فحص السمع عند شدة 25 ديبسل)					
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	500	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	500
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	1000	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	1000
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	2000	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	2000
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	4000	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	4000
			<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل الطالب يستخدم سماعة طيبة
فحص الأسنان					
		عد الأسنان المخلوقة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	عد الأسنان المخلوقة
		مؤشر DMFT	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	عد الأسنان المتalousة
			<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	فحص الأسنان
نتيجة الفحص					
<input type="checkbox"/> سليم ويحال إلى التربية الخاصة بوزارة التعليم			<input type="checkbox"/> سليم ويحال للتعلم العام		
التاريخ		التوقيع		اسم الفحص	