

كليات الفارابي
ALFARABI COLLEGES



مركز مؤتمرات العالم الإسلامي



كشف طبي

صورة ٣ × ٤

المحترم سعادة مدير مستشفى / مستوصف :

نأمل إجراء الكشف الطبي للطالب الموضح اسمه أدناه وإفادتنا عن مدى ملائمة لدراسة التخصصات الطبية.

الاسم	التخصص
الجنس <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى	رقم الهوية أو الإقامة
تاريخ الميلاد	العمر
	الوزن
	الطول

يُرجى تعبئة جميع الحقول إلزامياً :

الإبصار	العين اليمنى : $\frac{\quad}{\quad}$	العين اليسرى : $\frac{\quad}{\quad}$	<input type="radio"/> مع نظارة <input type="radio"/> بدون نظارة
الأطراف العلوية	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
الأطراف السفلية	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
الجهاز العصبي	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
السمع	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
النطق	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
أمراض الباطنية	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
التهاب الكبد الوبائي	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	
الايدز	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
الدرن	<input type="radio"/> سليمة	<input type="radio"/> غير سليمة	
أمراض أخرى			

النتيجة : لائق غير لائق

اسم الطبيب المسؤول

التوقيع الختم

التاريخ