



photo

MEDICAL CHECK-UP

الفحص الطبي

Faculty: _____	Student ID: _____	الكلية: _____
Mobile: _____		الهاتف: _____

Dear Doctor, please proceed to a medical checkup for the student and kindly provide us with the results.	سعادة الدكتور المحترم، يرجى إجراء فحص طبي شامل للطالب/ة وموافقتنا بنتيجة الفحص الطبي.
Student's Name: _____	الإسم الكامل للطالب/ة: _____
Marital Status: _____ Age: _____	الحالة الاجتماعية: _____ العمر: _____

✓/x	Student's Medical History	التاريخ المرضي للطالب	Clinical Examination	الفحص السريري
	Diabetes Mellitus	مرض السكري	Vision _____	قوة الإبصار
	<input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II		Right Eye: _____	العين اليميني: _____
	Hypertension	ضغط الدم	Left Eye: _____	العين اليسري: _____
	Heart Disease	مرض القلب	Cardiovascular _____	القلب والأوعية الدموية
	Anemia	فقر الدم	BP: _____	الضغط: _____
	Asthma / Allergy	الربو أو حساسية	Pulse: _____	النبض: _____
	Epilepsy / Migraine	الصرع أو الصداع النصفي	Heart: _____	القلب: _____
	Psychiatric / Neurological Diseases	أمراض نفسية أو عصبية	Respiratory System _____	الجهاز التنفسوي
	Any surgical operation	عمليات جراحية	Gastro-intestinal System _____	الجهاز الهضمي
	Others _____	غيرها	Deformities/ Disabilities _____	العاهات والإعاقات

Laboratory Investigations		الفحوصات المختبرية
1	Blood Group	فصيلة الدم
2	CBC	تحليل الدم (الهيموجلوبين)
3	HIV Test	فحص الإيدز
4	HbsAg Test (B)	التهاب الكبد الفيروسي
5	HBC Test (C)	التهاب الكبد الفيروسي
6	Urine Analysis	فحص البول

The student is Clinically: لائق طبياً Fit غير لائق طبياً Unfit (Reason: _____) (السبب: _____)

Date: _____ التاریخ: _____ Doctor's Stamp & Signature: _____ ختم وتوقيع الطبيب: _____