



photo

MEDICAL CHECK-UP

الفحص الطبي

Faculty: _____ Student ID: _____	الكلية: _____ الرقم الجامعي: _____
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 وموافاتنا بنتيجة الفحص الطبي.
Student's Name: _____	الإسم الكامل للطالب/ة: _____
Marital Status: _____ Age: _____	الحالة الإجتماعية: _____ العمر: _____

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

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: ☐ Fit لائق طبيًا ☐ Unfit غير لائق طبيًا (السبب Reason): _____

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