



## بطاقة كشف طبي

اسم الطالب / الطالبة			
الصف	المرحلة	تاريخ الميلاد	/ /
فصيلة الدم	اللقاحات	<input type="checkbox"/> ١ <input type="checkbox"/> ٢ <input type="checkbox"/> ٣ <input type="checkbox"/> ٤ <input type="checkbox"/> شلل الأطفال <input type="checkbox"/> الثلاثي <input type="checkbox"/> الحصبة <input type="checkbox"/> أخرى:	
الحالة الصحية العامة	الحالة الذهنية		
الجهاز الدوري	الجهاز الهضمي		
الجهاز التنفسي	الجهاز العصبي		
الجهاز الحركي	الجلد		
النطق	السمع	الطول	الوزن
النظر	العين اليمنى	العين اليسرى	
الأمراض السابقة التي عانى منها			
نتيجة الفحص			
<input type="checkbox"/> لائق صحياً	<input type="checkbox"/> غير لائق صحياً	<input type="checkbox"/> يحتاج متابعة طبية	
اسم الطبيب/ الطبيبة	التوقيع		

التاريخ: / /

ختم المركز الصحي