



## استمارة تقرير طبي

الاسم	الرتبة / المرتبة (كتابة)	رقم الهوية الوطنية

الفحوصات المخبرية Lab Investiqattion			الكشف الاكلينيكي Clinical Examinatin		
سلبي	إيجابي	نوع الكشف	غير سليم	سليم	نوع الكشف
		Glucose سكر			vision البصر
		فصيلة الدم			Hearing السمع
			B.P ضغط الدم		
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل هناك أمراض تمنعه من مزولة السباحة؟			Chest&Heart القلب والصدر
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل هناك أمراض جلدية معدية؟			Abdomen البطن
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل هناك أمراض يمكن أن يؤثر عليها المجهود البدني؟			Derm-VEN.Dis أمراض جلدية
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل هناك أمراض أخرى؟			Psyc.Dis أمراض نفسية
					Neuro.Dis أمراض عصبية
					Surgery عمليات جراحية

غير لائق

لائق

سبب عدم اللياقة الطبية؟

الختم الرسمي

اسم الطبيب :

التوقيع :