

مركز الدمام

استمارة فحص طبي مبدئي



الاسم:	العمر:
رقم تواصل ولي الأمر:	الطول: الوزن:

هل تعاني من؟

الربو	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	السكري	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
حساسية من أي شيء	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الضغط	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض جلدية	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أمراض القلب	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض دم وراثية أو أنيميا	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أمراض دم معدية	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض أخرى		فصيلة الدم	

■ هل تستخدم أي أدوية أو مكملات غذائية؟ (في حال نعم نرجو ذكرها):

■ هل تعرضت لأي إصابة سابقة (في حال نعم نرجو ذكرها):

■ هل تم إجراء أي عملية في الماضي؟ (في حال نعم نرجو ذكرها):