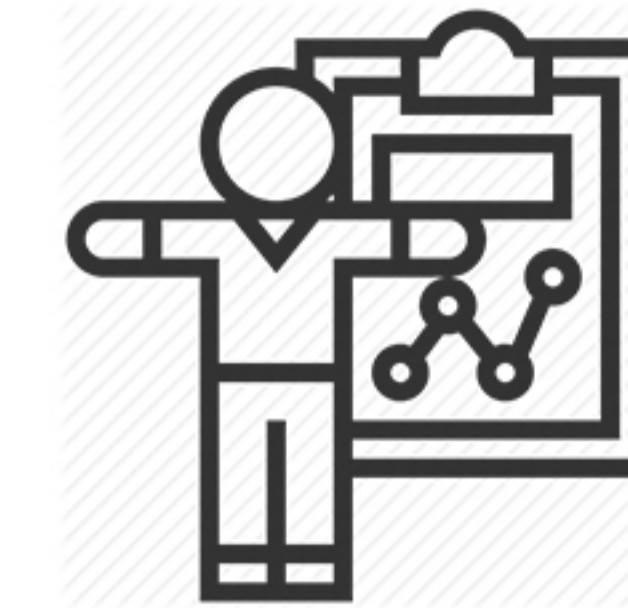




مركز الدمام

استمارة فحص طبي مبدئي



الاسم:	
العمر:	
الوزن:	الطول:
رقم تواصلولي الأمر:	

هل تعاني من؟ ?

الربو	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	السكري	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الخغط	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أمراض القلب	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
أمراض جلدية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أمراض دم معدية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
أمراض دم وراثية أو أنيميا	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	فصيلة الدم	
أمراض أخرى			

هل تستخدم أي أدوية أو مكمالت 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): ■