

مركز المدينة المنورة

استمارة فحص طبي مبدئي



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

هل تعاني من؟

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

■ 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):