



MEDICAL CHECK-UP

الفحص الطبي

Faculty _____ Student ID _____	الكلية _____ الرقم الجامعي: _____
Mobile _____	الهاتف: _____

Dear Doctor, please conduct a medical check-up for the student and kindly provide us with the results.	سعادة الدكتور المحترم، يرجى إجراء فحص طبي شامل للطالب/ة وموافاتنا بنتيجة الفحص الطبي.
Student's Name: _____	الإسم الكامل للطالب/ة: _____
Marital Status: _____ Age: _____	الحالة الإجتماعية: _____ العمر: _____

✓/x	Student's Medical History التاريخ المرضي للطالب
	Diabetes Mellitus مرض السكري <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II
	Hypertension ضغط الدم
	Heart Disease مرض القلب
	Anemia فقر الدم
	Asthma / Allergy الربو أو حساسية
	Epilepsy / Migraine الصرع أو الصداع النصفي
	Psychiatric / Neurological Diseases أمراض نفسية أو عصبية
	Any Surgical Operations عمليات جراحية
	Others _____ غيرها

Clinical Examination	الفحص السريري
Vision Right Eye: _____ Left Eye: _____	قوة الإبصار العين اليمنى: _____ العين اليسرى: _____
Cardiovascular BP: _____ Pulse: _____ Heart: _____	القلب و الأوعية الدموية الضغط: _____ النبض: _____ القلب: _____
Respiratory System	الجهاز التنفسي
Gastrointestinal System	الجهاز الهضمي
Deformities/ Disabilities	العاهات و الإعاقات

Laboratory Investigations الفحوصات المختبرية	
1	Blood Group فصيلة الدم
2	CBC تحليل الدم (الهيموجلوبين)
3	HIV Test فحص الإيدز
4	HbSAg Test (B) التهاب الكبد الفيروسي
5	HCV Test (C) التهاب الكبد الفيروسي
6	Urine Analysis فحص البول

The student is clinically: Fit طبياً Unfit غير لائق طبياً (Reason السبب): _____

Date: _____ التاريخ: _____ Doctor's Stamp & Signature: _____ ختم وتوقيع الطبيب: