



بسم الله الرحمن الرحيم
الجامعة التكنولوجية
استمارة الكشف الطبي



Medical examination form

الولايةالمستشفى\المركزالتاريخ: \ 2025 م

القسم الأول:

صورة فتوغرافية	اسم الطالب رياضي
	الرقم الجامعي
	الجنس
	فصيلة الدم

القسم الثاني: الفحص العام

النتيجة		الفحص
Positive	Negative	مرض المناعة المكتسبة
Positive	Negative	فيروس الكبد الوبائي C
Positive	Negative	فيروس الكبد الوبائي B

ملاحظات الحالة إذا غير سليمة (ذكر المرض والاصابة إذا وجدت)	غير سليم		سليم		الفحص	
	العين اليسرى	العين اليمنى	العين اليسرى	العين اليمنى	النظر	البصر
					عمي الألوان	
	الاذن اليسرى		الاذن اليمنى		السمع	
	الأطراف السفلية	الأطراف العلوية	الأطراف السفلية	الأطراف العلوية	الحركة والاعاقة (التأكد من التشوهات في الحركة)	

			الحالة النفسية
			الامراض المزمنة
			الإصابات

التوصيات الطبية:

لائق طبيا: غير لائق طبيا:

اسم الطبيب: التوقيع\الختم: