اسم المستشفى/المستوصف:

.....

الصورة الشمسية

الكشف الطبي لطلاب وطالبات الجامعة المستجدين

الاسم / ..... رقم السجل ألمدني / الإقامة | | | | | | | | | |

سعادة عميد القبول والتسجيل المحترم

بعد التحية:

تم إجراء الفحوص الطبية اللازمة للطالب الموضح اسمه أعلاه لمعرفة مدى صلاحيته للقبول بالجامعة وكانت نتائجه كالتالي :-

بيان	نتيجة الفحص	الطبيب	بيان	نتيجة الفحص	الطبيب
العينان	اليمنى ..... اليسرى.....	الاسم..... التوقيع.....	الأمراض الجراحية	....	الاسم..... التوقيع.....
الأذنان	اليمنى ..... اليسرى.....	الاسم..... التوقيع.....	التحاليل	النوع: سالب / موجب البول السكر الزلال	الاسم..... التوقيع.....
الأمراض الباطنية	القلب..... الرئتان..... الكبد..... الطحال.....	الاسم..... التوقيع.....	إعاقات تحدد	....	الاسم..... التوقيع.....
الأمراض الصدرية	نتيجة الفحص الإشعاعي(خاص بطالبات السكن الداخلي والكليات الصحية)	الاسم..... التوقيع.....	تحاليل أخرى (خاصة بطلبة الكليات الصحية)	HBSAg..... HCVAb..... HIV..... VDRL.....	الاسم..... التوقيع.....

وبناءاً عليه أتضح أنه / أنها :

☐ لائق للدراسة

☐ غير لائق للدراسة للأسباب التالية:

.....

الـخـتـم

مدير عام مركز الخدمات الطبية الجامعي

الاسم/.....

التوقيع /.....

التاريخ /.....