



تاريخ الكشف: / / ١٤ هـ

الرقم:

الكشف الطبي رقم (١)

الاسم رباعياً:

تاريخ الميلاد: / / هـ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم الهوية الوطنية:

ملاحظات	غير لائق	لائق		
				الطول
				الوزن
				الجراحة
				عمى الألوان
				أخرى

<input type="checkbox"/> غير لائق	<input type="checkbox"/> لائق	النتيجة النهائية للفحص البدني
-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

التاريخ	التوقيع	اسم الطبيب
١٤٣٩ / / هـ		

إقرار عن الحالة الصحية

يجب أن تجيب على هذه الأسئلة بأمانة وصراحة تامة، لأنها وضعت لصالحك ومن أجل فائدتك وحرصاً على سلامتك الشخصية، وتذكر أنك سوف توقع على جميع إجاباتك وتكون مسئولاً مسئولية تامة عن ذلك في الحاضر والمستقبل.

	لا	نعم		لا	نعم
١			هل سكنت مع أحد يعاني أو سبق أن أصيب بمرض السل؟		
٢			هل سبق أن أصبت أو تعاني مما يلي: • فقدان الوعي أو الإغماء؟ • صداع شديد متكرر أو مستمر؟ • أمراض في العيون / ضعف في النظر؟ • أمراض جلدية؟ • مرض في الأنف والأذن والحنجرة بما في ذلك حساسية الأنف؟ • اضطرابات في المعدة؟		
٣			هل يعاني أحد أفراد عائلتك (الأب، الأم، الأخوان، الأخوات، الزوجة، الأطفال) من أحد الأمراض التالية: • السل؟ • السكر؟ • أمراض الدم الوراثية؟ • ارتفاع ضغط الدم وانخفاضه؟ • أمراض في القلب؟ • أمراض أخرى؟ • وفاة بشكل مفاجئ بعد مجهود أو في سن مبكرة؟		
٤			هل سبق تنويمك بمستشفى أو أجريت لك عملية جراحية؟		
٥			هل أنت تحت المعالجة الطبية في الوقت الحاضر؟		
٦			هل سبق أن أجري لك فحص طبي للخدمة العسكرية؟		
٧			هل تتعاطى أي نوع من المخدرات أو المسكرات؟		
٨			هل لديك أمراض أخرى لم تذكر؟		
٩			هل سبق وأن تم استبعادك عن الدورات العسكرية بسبب طبي سابق؟		
١٠			هل سبق وأن حصلت على أي إعفاء طبي؟		
١١		العدد	هل تدخن؟ وكم سيجارة في اليوم؟ ()		
		()			
			ملاحظات (تعباً عند الرغبة في إضافة ما لم يذكر أعلاه):		
			• غثيان أثناء السفر بالطائرة أو السيارة أو السفينة؟		
			• مرض نفسي أو تتعاطى أدوية لعلاج أمراض نفسية؟		
			• أحد أمراض الدم (الأنيميا المنجلية)؟		
			• مشاكل في العظام أو المفاصل؟		
			• الحمى الروماتيزمية؟		
			• البواسير أو الناسور الشرجي؟		
			• خفقان بالقلب أو ضيق في التنفس بعد مجهود بدني؟		

أتعهد أنا الموقع أدناه بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة، وإذا ثبت غير ذلك فإنني معرض للمساءلة وما يترتب علي ذلك من عقوبات.

الاسم الرباعي:

التوقيع:

رقم الجوال:

التاريخ: / / ١٤٣٥ هـ