

استمارة الكشف الطبي



طالب مستجد 2024/2023

جامعة بنها الأهلية

	الاسم بالكامل:	الرقم القومي:
	العنوان:	التليفون:
	مكان الكشف:	الكلية:

بيانات تملأ بواسطة لجنة الكشف الطبي

	الطول	الوزن	السكر	في حالة ارتفاع السكر يتم القياس بعد يومين
	النبض			في حالة ارتفاع الضغط يتم القياس بعد يومين
	منتظم <input type="radio"/>	غير منتظم <input type="radio"/>	الضغط: الانقباضي	الضغط: الانقباضي

الباطنة والقلب	<input type="radio"/> لا يوجد	ذوي الاحتياجات الخاصة/ الاعاقة	<input type="radio"/> لا يوجد
الجراحة والعظام	<input type="radio"/> لا يوجد	عمليات سابقة	<input type="radio"/> لا يوجد
أمراض مناعية	<input type="radio"/> لا يوجد	علاج مزمن	<input type="radio"/> لا يوجد
أخرى	<input type="radio"/> لا يوجد		
الرمد	الابصار - يمين: درجة حدة الابصار		الابصار - يسرى: درجة حدة الابصار
	الابصار - يمين: مسافة القياس		الابصار - يسرى: مسافة القياس

في حالة عدم وجود أمراض يتم وضع علامة على كلمة لا يوجد بالجدول العلوي

	<input type="radio"/> لائق	<input type="radio"/> غير لائق
تاريخ الكشف	رقم الكشف	مجموع الدرجات

مدير عام الشؤون الطبية

رقم إيصال الدفع:

د/ شريف عبد الله المهدي

تاريخ الدفع:

ملحوظة: لا يعتبر الطالب مقيد بالكلية الا بعد اجراء الكشف الطبي من فحوصات وتحاليل طبية كامله