

بسم الله الرحمن الرحيم

تقرير فحص طبي

الإسم :

تاريخ الميلاد :

رقم البطاقة الشخصية / العائلية :

العنوان :

الغرض من الفحص : السفر للخارج -

الفحص العام : الطول	الوزن	الجهاز العصبى والتنفسى
علامات مميزة		الجراحة والعظام
بنظارة :	يمنى	يسرى
العين / قوة الإبصار :	يمنى	يسرى
بدون نظارة		
تميز الألوان		
الحول : ظاهرى / حقيقى		الجهاز الحركى : (عاهات وتشوهات)
الملتحمة والقرنية		
ملاحظات أخرى		
الجهاز الدورى / النبض	الضغط	الجلد
القلب	الأسنان	الأذن والأنف والحنجرة
الجهاز التنفسى		
فحص البطن		
الكبد		البول (زلال - أملاح - سكر)
الطحال		ميكروسكوب
الكليتان		البراز
الأمعاء		الأشعة

نتيجة الكشف الطبى

يعتمد ،

طبيب /

التوقيع /

CERTIFICATE OF HEALTH

Name :
Sex :
Date of Birth :
Age :

1- Physical Examinations:

- (1) Height: cm , Weight: kg
(2) Blood Pressure: mm/Hg
Pulse Rate: /min (regular – irregular)
(3) Eyesight: (R) (L) [without glasses]
(R) (L) [with glasses or contact lenses]
Color Blindness: (normal - impaired)
(4) Hearing : (normal - impaired)
Speech : (normal - impaired)

- 2- Lung: (normal – impaired)
cardiomegaly: (normal – impaired)

3- Past History : please indicate with + or - and fill in the date of recovery

Tuberculosis()	Malaria()
Epilepsy()	Renal Disease()
Diabetes()	Drug Allergy()
Cardiac Diseases()	Psychosis()
Functional Disorder in extremities()	
Other communicable Disease()	

4- Impression :

.....
.....
.....
.....

In my observations his health status is adequate to pursue studies in Czech ?

Yes ()

No ()

Date :

Signature:

Physician's Name:

Office / Institution:

Address :