



الصورة

نموذج طلب الفحص الطبي

الاسم	الجنس	السن	اسم المنشأة	رقم المنشأة	الوظيفة المرشح لها
-------	-------	------	-------------	-------------	-----------------------

اسم صاحب المنشأة او المدير المسنول :

توقيع صاحب المنشأة او المدير المسنول :

ختم المنشأة الرسمي :

قوة الإبصار	العين اليمنى	العين اليسرى
	تمييز الالوان	الملاحظات
الصدر	الفحص الاكلينيكي	
	الفحص بالأشعة	
الدورة الدموية	القلب	
	ضغط الدم	
	الشرايين	
	حالة الأوردة	
الجهاز العصبي		
الفتق		
العاهات		
فحص البول	السكر :	الزلال :
فحص البراز	اذا لزم الامر	
فحص الدم الزهري	اذا لزم الامر	
الامراض التناسلية		
النتيجة النهائية		

التوقيعات		
طبيب	طبيب	رئيس اللجنة

ختم وزارة الصحة