

استمارة الكشف الطبي

أسم الطفل/ة تاريخ الميلاد

	الوزن
	الطول
	الحالة الصحية العامة
	الحالة الذهنية
	وضع الجهاز التنفسي
	وضع الجهاز الحركي
	وضع الجهاز الهضمي
	النطق
	السمع
	النظر
	هل يعاني من أي أمراض مزمنة
	هل يعاني حساسية (من دواء او أطعمة)
	هل يتناول أي أدوية بشكل منتظم

لقد تم فحص الطفل المذكور أعلاه وقد تبين لي ان تاريخ هذا الطفل الطبي ووضعه الصحي الحالي كالاتي:

.....

المركز الطبي:

اسم الطبيب:

الختم:

التوقيع: