



## مركز الجفافية للتدريب

### إجراءات الفحص الطبي للقبول

### التاريخ الطبي للمتقدم

التاريخ : / / ٢٠ م إسم المتقدم : ..... الرقم : .....

أجب بنعم أو لا وإذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل: -

٠١ - هل أجريت لك عمليات جراحية سابقاً؟ (اذكرها بالتفصيل)؟ ( )

-١

-٢

-٣

٠٢ - هل سبق وتناولت بالمستشفى؟ ما هي الأسباب؟ ( )

-١

-٢

-٣

٠٣ - هل تعاني من حالة مرضية معروفة لديك أو عجز أو مشكلة صحية؟ اذكرها؟ ( )

-١

-٢

-٣

٠٤ - هل أصبت في حادث سابقاً؟ ( )

٠٥ - هل لديك إصابة بالرأس؟ ( )

٠٦ - هل أصبت بكسر بالعظام سابقاً؟ ( )

٠٧ - هل تعاني من عاهة بالجسم؟ اذكرها؟ ( )

٠٨ - هل تعاني من آلام أو مشاكل بالظهر؟ ( )

٠٩ - هل أصبت بالتهاب كبدي أو مرض الصفراء سابقاً؟ ( )

١٠ - هل تشكو من أي ورم حميد أو خبيث بالجسم؟ ( )

- ١١- هل تعاني من مرض الصرع؟  
( )
- ١٢- هل تعاني من مرض السكري؟ منذ متى؟ وهل تتلقى علاجاً لذلك؟ ما نوعه؟  
( )
- ١٣- هل تعاني من إرتفاع أو إنخفاض ضغط الدم أو أمراض القلب؟  
( )
- ١٤- هل تشكو من نوبات تشنجية أحياناً؟  
( )
- ١٥- هل تقدمت للعلاج بعيادة نفسية سابقاً أو حالياً؟ متى كان ذلك؟  
( )
- ١٦- هل يعالج أحد أقاربك من الدرجة الأولى علاجاً نفسياً؟ صلة القرابة؟  
( )
- ١٧- هل تعاني من نوبات الدوار؟  
( )
- ١٨- هل تميز الألوان جيداً؟  
( )
- ١٩- هل تميز الروائح جيداً؟  
( )
- ٢٠- هل تتلقى علاجاً بصفة مستمرة أو دورية؟ اذكرها؟  
( )
- ١  
-٢  
-٣

أشهد أنا الموقع أدناه أنني أجبت على المعلومات عاليه بصدق وأمانة وإذا تبين عكس ذلك فإن من حق مركز الجفالي للتدريب فصلي من البرنامج وتحميلي كافة المصاريف.

توقيع ولي أمره

توقيع المتقدم