



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /
File Number: 1001870
اسم المريض:
Patient Name:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/10/83 Gender (الجنس): M / F
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 0544888045
E-MAIL:
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES', give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	نعم	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميّعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين، أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	لا	

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكيلو): Weight (Kg)	الارتفاع (السم): Height (cm)	نوعية الدم (Blood Type)
النبض (النبضات): Pulse (ppm)	ضغط الدم (الدم): Blood Pressure (/)	سكر الدم (Blood Sugar)

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	التاريخ المرضي: Disease History
الحساسية: Allergies	الحساسية: Allergies
الأدوية: Medications	الأدوية: Medications
الحمل: Pregnancy	الحمل: Pregnancy
عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization
التدخين (Y / N): Smoking	التدخين (Y / N): Smoking
الكحول (Y / N): Alcohol	الكحول (Y / N): Alcohol
العقاقير (Y / N): Drugs	العقاقير (Y / N): Drugs

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

