

## أستفتاء للفحص العام

أجب من فضلك على الأسئلة التالية واعدّها ألينا قبل حضورك للفحوص الأساسية ارسل الينا هذه الصفحة عن طريق البريد العادي , الفاكس أو عن طريق البريد الإلكتروني هذه المعلومات تعامل بكل سرية وشفافية .

### معلومات شخصية

الاسم:

---

الشهرة:

---

تاريخ الميلاد (اليوم,الشهر,السنة) :

---

العنوان :

---

المدينة :

---

الدولة :

---

الهاتف 1:

---

الهاتف 2:

---

المحمول :

---

فاكس :

---

البريد الإلكتروني:

---

## أستفتاء للفحص العام

### المعالجة

الاسم/الجنس	الجرعة(مغ)	التكرير (صباحاً ظهراً مساءً)	الفترة العلاجية

### دخول المشفى و او اجراء عملية جراحية

اسم المشفى	السبب	التاريخ/فترة البقاء

### تعليقاً على ذلك

السجل المرضي

التشخيص	العوارض	نعم	لا
امراض قلبية		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جلطة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ضعف قلبي مزمن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	اخفاق قلبي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	وجع صدري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امراض رئوية		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	سعال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	الربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	انسداد رئوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	قصر النفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امراض كلوية		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ارتفاع الضغط الدموي		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>140/90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>160/90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مرض السكر		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	العلاج بالانسولين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
السكتة الدماغية		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امراض او عية دموية اخرى		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	وريدية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	شريانية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الكبد/البانكرياس/الأمعاء		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	التهاب كبدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امراض الأعصاب		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرطان		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ابيضاض الدم		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امراض الغدة الدرقية		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امراض العظام والمفاصل		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	روماتزم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	التهاب مفصلي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	وجع الظهر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ارتفاع الشحوم		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الحمى		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نقص الوزن		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
العرق الليلي		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسيات		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدخن		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>