

نموذج فحص طبي
لممارسة الحجامة بالطرق الصحية الآمنة

رقم

اسم المريض :
الجنسية:
الجنس :

تاريخ الميلاد: / /
رقم الهوية :
فصيلة الدم :

الحالة الاجتماعية:
العمل:
العنوان:

تلفون :
جوال :

إقرار

أقر أنا الموضح بياناتي بعاليه بأني أرغب في إجراء الحجامة إحياءً لسنة الرسول صلى الله عليه وسلم..
التوقيع

.....

الفحص الطبي

التاريخ

المرضي:

.....

التشخيص:

الضغط: الحرارة الوزن الطول

فحص الصدر:

القلب: الرئتين:

فحص الفم: الأسنان: اللوزتين
اللسان

فحص البطن:

الكبد الطحال المعدة الأمعاء
الكليتين

فحص العين: الأذنين

التشيك العام (لجميع اجزاء

الجسم):

.....

الفحوصات المخبرية:

C.B.C:

P.P.T:

HBV:

Bleeding Time:

PT:

Blood Sugar:

Blood Group:.....

HIV:

Clotting time:

PTT:.....

HCV:

تشخيص الطبيب المعالج:

.....
.....
.....

الطبيب المعالج:

التوقيع:

.....
.....