



جامعة الأمير مقرن بن عبد العزيز  
University of Prince Mugrin

## Medical Examination Form

### استمارة الكشف الطبي

In order for the Medical Examination Form to be approved, it is mandatory that the questionnaire be completed and stamped by a physician and that all immunizations are current. This form is to be submitted during registration.

Medical Examination Date: / /

تاريخ الكشف الطبي: / /

Student Information & Nationality (as per passport or Saudi ID)

بيانات الطالب ( كما تظهر بجواز السفر أو الهوية الوطنية )

Name							الاسم الرباعي
Gender	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	الجنس	Date of Birth	تاريخ الميلاد	Nationality		الجنسية
فصيلة الدم Blood Group	<input type="checkbox"/> متزوج	<input type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية Marital Status				رقم الهوية / الإقامة ID Card No
	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Single					
		العنوان Address				رقم الجوال Mobile No	
Mobile No		الفرابة Relationship		شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ Person to contact in case of Emergency			
رقم الجوال							

التاريخ المرضي			
<input type="checkbox"/>	الصرع	<input type="checkbox"/>	أمراض القلب
<input type="checkbox"/>	ضغط الدم	<input type="checkbox"/>	أمراض عصبية
<input type="checkbox"/>	استخدام نظارات طبية أو عدسات لاصقة	<input type="checkbox"/>	فقر دم
<input type="checkbox"/>	إصابات أو إعاقة	<input type="checkbox"/>	مشاكل سمعية
<input type="checkbox"/>	أخرى:	<input type="checkbox"/>	الانيميا المنجلية

الفحص السريري			
<input type="checkbox"/>	غير سليم	<input type="checkbox"/>	سليم
<input type="checkbox"/>	غير سليم	<input type="checkbox"/>	سليم
<input type="checkbox"/>	غير سليم	<input type="checkbox"/>	سليم
<input type="checkbox"/>	غير سليم	<input type="checkbox"/>	سليم

#### Final Result

- ☐ Fit  
☐ Unfit

Physician Name:

Signature:

Date \_\_/\_\_/\_\_

#### النتيجة النهائية

- ☐ لائق طبيا  
☐ غير لائق طبيا

Stamp: