المملكة العربية السعودية

شعار المستشفى

مستشفى ........................

التاريخ: ......./......../.......

[**تقرير طبي**](https://namozagy.com/%D9%86%D9%85%D9%88%D8%B0%D8%AC-%D8%AA%D9%82%D8%B1%D9%8A%D8%B1-%D8%B7%D8%A8%D9%8A-%D9%81%D8%A7%D8%B1%D8%BA-%D9%85%D8%AE%D8%AA%D9%88%D9%85/)

**معلومات المريض:**

 اسم المريض: .............................

رقم الهوية: .....................

تاريخ الميلاد: ....../......./...........

العمر: ...........

الجنس: 🞏 ذكر 🞏 أنثى.

العنوان: ....................................................

رقم الجوال: ....................

رقم السجل الطبي: ................

**التاريخ المرضي:**

الأمراض المزمنة: ............................................................

 الأدوية الحالية: ...............................................................

هل يعني المريض من أي حساسية: ............................................................

التدخل الجراحي السابق: ........................................................................

**الأعراض الحالية:**

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

**الفحص السريري:**

النتيحة: ..............................................................................................................

**الفحص الجسدي:**

النتيحة: ..............................................................................................................

**التحاليل الطبية:**

تحليل الدم: ..........................................................................................................

تحليل البول: .........................................................................................................

التحاليل الأخرى: ....................................................................................................

الأشعة: ..............................................................................................................

**التشخيص:**

التشخيص المبدئي: ..................................................................................................

التشخيص النهائي: ..................................................................................................

**العلاج:**

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

**المتابعة:**

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

**التوصيات:**

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

اسم الطبيب: ............................................... التوقيع: .....................

اسم المدير: ................................................ التوقيع: .....................

**ختم المستشفى**