



تقرير بإجازة مرضية  
Sick Leave Report

Patient Name : AFNAN BINT AHMAD BIN JABRAN ALNAQRI	AFNAN BINT AHMAD BIN JABRAN ALNAQRI	إسم المريض :
Medical Record : 983061	983061	رقم الملف الطبي :
ID/Iqama No : 1086683479	1086683479	الهوية/الإقامة :
Nationality : Saudi	Female انثى	الجنسية : سعودي
Date of Birth : 13-07-1995	15-02-1416	تاريخ الميلاد :
Occupation :		المهنة :
Place of Work :		جهة العمل :
Date of Visit : 31-07-2023	13-01-1445	تاريخ المراجعة :
Adm. Date :		تاريخ الدخول :
Discharge Date :		تاريخ الخروج :

التوصيات Recommendations

Following Medical Examination is Recommended	بالكشف عن المريض يوصى بالاتي :
<input checked="" type="checkbox"/> Sick Leave For : 1 (Day/Days)	منحة إجازة مرضية بالايام لمدة : 1
From Date : 31-07-2023 To Date : 31-07-2023	من تاريخ : 13-01-1445 الى تاريخ : 13-01-1445
MONDAY MONDAY	الاثنين
<input type="checkbox"/> Followup before end of sick leave	مراجعة الطبيب المعالج قبل إنتهاء إجازته
<input type="checkbox"/> Referral to Medical Committee for following reasons :	إحالتة للهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية :
<input type="checkbox"/> Approval of sickleave	إعتماد التقرير الطبي
<input type="checkbox"/> Can not be treated in this facility	من غير الممكن علاجه بالمستشفى
<input type="checkbox"/> Permanent or Partial disability	حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية او قطعية
Diagnosis :	Acute upper respiratory infection, unspecified
	التشخيص :

Treating Physician Name : Dr.Hisham Abdelaziz Fouda	اسم الطبيب المعالج : Dr.Hisham Abdelaziz Fouda
Signature :	التوقيع :
Stamp :	الختم :
Badge No : 426/1	الرقم :

Medical Director Approval :	تصديق المدير الطبي - الاسم : اسم المدير الطبي
Name : MEDICAL DIRECTOR	
Signature :	التوقيع :
Stamp :	الختم :

المحترم	سعادة :
وتاريخ :	إشارة الى إحالتكم رقم :
	بشأن الكشف على الموضح اسمه اعلاه.
	إشارة الى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه اعلاه للكشف عليه.
	تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه.
	مدير : الشئون الادارية
	الاسم :
	التوقيع :
رقم النظام : 10044	
تاريخ الزيارة : 31-07-2023	التاريخ :

تلفون  
Telephone  
+966(11)4955866  
المسجل التجاري  
C.R

فاكس  
Fax  
+966(11)2136688  
الترخيص  
Licence

ص.ب  
P.O.Box  
Riyadh

بريد الكتروني  
E-Mail  
molupath@gmail.com