

MINISTRY:

وزارة

تقرير بإجازة مرضية
SICK LEAVE REPORT

Patient Name:	اسم المريض:
Medical Record No:	رقم السجل الطبي:
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>
Nationality:	الجنسية:
Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Occupation:	المهنة:
Place of Work:	جهة العمل:
Date of Visit:	تاريخ المراجعة:
Adm Date:	تاريخ الدخول:
Discharge Date:	تاريخ الخروج:

Recommendation	التوصيات
Following medical examination, it is recommended	بالكشف على المريض نوصي بالآتي:
<input type="checkbox"/> sick leave for ...day(s)	<input type="checkbox"/> منحه إجازة مرضية لمدة (كتابه)
starting From To:.....	ورقما (.....) يوم/أيام اعتباراً من إلى
<input type="checkbox"/> Follow up before end of sick leave.	<input type="checkbox"/> مراجعته الطبيب المعالج قبل انتهاء إجازته.
<input type="checkbox"/> Referral to Medical Committee for	<input type="checkbox"/> إحالته إلى الهيئة الطبية العامة لأحد الأسباب التالية:
Following reasons:	
<input type="checkbox"/> Approval of sick leave.	<input type="checkbox"/> اعتماد التقرير الطبي;
<input type="checkbox"/> Cannot be treated at this facility.	<input type="checkbox"/> من غير الممكن علاجه في المستشفى;
<input type="checkbox"/> Permanent or partial disability.	<input type="checkbox"/> حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية
<input type="checkbox"/> Others:	<input type="checkbox"/> أخرى:
Treating Physician Name:	اسم الطبيب المعالج:
Signature: Badge No:.....	التوقيع: الرقم:
Physician Name:	اسم الطبيب:
Signature:	التوقيع:
Approval by the Director of	تصديق مدير:
Name:.....	الاسم:
Signature:..... Date:.....	التوقيع:..... التاريخ:
الختم الرسمي	

الرقم
التاريخ:

الاحترام

..... / / هـ

سعادة /

 إشارة إلى إحالتكم رقم وتاريخ

بشان طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه أعلاه.

 إشارة إلى مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه أعلاه للكشف عليه

تجدون بماليه التقرير الصادر بشانه.

مدير:

اسمه:

التوقيع:..... التاريخ: