

حُرر يوم ... / ... / الموافق لـ ... / ... /

مستشفى

منطقة

تقرير طبي

اسم المريض (رباعي):

عمر المريض:

رَقَم السجل الطبي للمريض:

الجنسية:

الوظيفة وجهة العمل:

تاريخ دخول المستشفى (بالتقويمين): ... / ... / الموافق لـ ... / ... /

تاريخ الخروج من المستشفى (بالتقويمين): ... / ... / الموافق لـ ... / ... /

تشخيص الحالة المرضية:

.....

.....

.....

توصية الطبيب: يحتاج المريض المذكور أعلاه إلى إجازة مرضية لمدة لا تقل عن
..... يوماً، على أن تبدأ اعتباراً من تاريخ يوم الموافق لـ ... / ... / ...

/ وتستمر حتى يوم الموافق لـ ... / ... /

اسم الطبيب المعالج:

رقم الجوال:

توقيع الطبيب

ختم جهة الإصدار