

تقرير طبي

حرر في يوم

مستشفى

اسم المريض الرباعي:

عمر المريض:

رقم السجل الطبي للمريض:

الجنسية:

الوظيفة:

تاريخ دخول المستشفى

تاريخ الخروج من المستشفى

تشخيص المرض:

.....

التوصية بالراحة المرضية:

يحتاج المريض السابق ذكره إلى أخذ إجازة مرضية وذلك لمدة لا تقل عن يوم، لتبدأ من تاريخ

وتستمر حتى تاريخ

اسم الطبيب المعالج:

توقيع الطبيب:

رقم الهاتف: