

جامعة.....

مستشفى.....

التاريخ...../...../.....

يتم ملء البيانات المطلوبة بواسطة الطبيب المعالج، أما باقي البيانات فتستكمل من السجلات الخاصة بالمستشفى.

اسم المريض بالكامل.....:

رقم السجل الطبي.....:

عمر المريض.....:

الجنسية.....:

جهة العمل.....:

تاريخ مراجعة المستشفى...../...../.....:

تاريخ دخول المستشفى...../...../.....:

تاريخ الخروج من المستشفى...../...../.....:

تشخيص

الحالة.....

التوصية براحة مرضية: يحتاج هذا المريض لأجازة مرضية لمدة..... يوم، اعتباراً من يوم..... الموافق...../...../.....،

وحتى يوم..... الموافق...../...../.....

الطبيب المعالج.....:

التوقيع.....:

رقم التليفون.....: