

Student Medical History Form				نموذج التاريخ الصحي للطلاب			
Day/Date		اليوم والتاريخ	Academic Year		العام الدراسي		
Parent Code		رقم ولي الأمر	Student Code		رقم الطالب		
Student Name (Full Name)		اسم الطالب بالكامل	Garde/Section		الصف والشعبة		
Nationality		الجنسية	Date of birth		تاريخ الميلاد		
Guardian Relationship		صلة القرابة	Guardian Name		اسم ولي الأمر		
Home Telephone – هاتف المنزل		Mobile No (٢) رقم الهاتف المتحرك	Mobile No. – رقم الهاتف المتحرك	Street – الشارع	Area – اسم المنطقة	City – الإمارة	
Required Documents to be Attached		Yes	No	Card Number	رقم البطاقة	لا	نعم
Copy of the Health card							
Copy of the Health Insurance card							
Does your son/daughter suffer from any of the following:		Yes	No	Remarks	ملاحظات	لا	نعم
1	Allergy/Sensitivity to medications/food...etc.						1 حساسية أطعمة / أدوية / أبخرة
2	Cardiac Problems						2 مشاكل في القلب
3	Diabetic						3 مرض السكري
4	Hypertension						4 ارتفاع ضغط الدم
5	Asthma						5 الربو
6	Renal Problems						6 مشاكل في الكلى
7	Any Urinary tract infections (previously)						7 أي التهابات في المجاري البولية (سابقاً)
8	Epilepsy/ Seizures?						8 نوبات صرع أو تشنّج
9	G6PD deficiency?						9 مرض أنيميا الفول (G6PD) تكسر الدم
10	Any chronic blood disease (Thalassemia, Anemia, Hemophilia ...Etc.)						10 أمراض الدم الوراثية (ثلاسيميا / أنيميا / منجلية / هيموفيليا، ...)
11	Recurrent epistaxis (nasal bleeding)						11 رعاف متكرر (نزيف الدم)
12	Skin problems.						12 مشاكل في الجلدية
13	Eye (ophthalmology) problems (visual disturbances)						13 مشاكل في العيون (طول/ قصر نظر)
14	Any previous surgical procedures done?						14 هل أجرى عمليات جراحية (ما هي؟)
15	Admitted to hospital? Details (if yes)?						15 هل أدخل المستشفى من قبل (السبب)
16	Is the student using any medical equipment / devices						16 هل يستخدم أجهزة طبية مساعدة؟
17	Did the student ever get mumps, measles, chicken pox?						17 أصيب بأحد الأمراض (نكاف / حصبة / جدري مائي / يرجى ذكرها)
18	Psychiatric/ Behavioural Problems?						18 مشاكل نفسية / سلوكية (يرجى ذكرها)
Others (Must be Mentioned)				أخرى (يجب ذكرها)			
Does your child suffer from physical disability? Please Indicate				No – لا	Yes – نعم		
Hospital or Health Center		المستشفى / المركز الصحي	Problem /Disease		الإنصبة / المرض		
Treated By (Dr. Name)		الطبيب المعالج	Date of Onset		تاريخ الإنصبة		
Student's medication (Medicine Name)						أدوية / علاجات للطلاب	
Dose & frequency						الجرعة الموصى بها (الكمية / التكرار)	
Medication (in case of emergency)						أدوية – في حالات الطوارئ	
Dietary Recommendations						توصيات الطبيب (خاص بالتغذية)	
Physical activity Recommendations						توصيات الطبيب (خاص بالرياضة)	
Recommendations for the school nurse						توصيات لممرضة المدرسة	
Parents should adhere to the following:				يتعين على ولي الأمر الالتزام بما يلي:			
1. Attach any medical report about the student's health issue (current / previous cases).				١. إرفاق أي تقارير طبية عن حالة الطالب المرضية (الحالية أو السابقة).			
2. In case of any changes or updates to the student's health situation; the school nurse must be informed in written and updated reports must be submitted.				٢. إعلام قسم التمريض في المدرسة عند حصول أي تغيير في الحالة الصحية وتزويدنا بالتقارير اللازمة.			
Day and Date		اليوم والتاريخ		Signature of parent/guardian		توقيع ولي الأمر	