

HEALTH CERTIFICATE

Personal information

معلومات شخصية

Name: [REDACTED]

الاسم:

Age: [REDACTED]

العمر:

Nationality: [REDACTED]

الجنسية:

Passport No.: [REDACTED]

رقم جواز السفر:

Computer No.:

رقم الكمبيوتر:

Address: [REDACTED]

العنوان:

اسم الموظف و عنوانه:
في مكة المكرمة:
في المدينة المنورة:
في منســـــــــــــــــى:
في عرفــــــــــــــــات:

معلومات طبية تعبأ بواسطة الطبيب Information to be filled by Doctor

Pulse:

Irregular

خير منظم

Regular

منتظم

النبض:

B.P.

ضغط الدم:

Diabetes

No لا

Yes نعم

سكر

Epilepsy

صرع

Haemophilia

مرض دم نزيفي

On Corticosteroid's
Therapy

تحت العلاج
بالكورتيكوزون

Drug Allergy

حساسية لأي دواء:

Any Treatment

أي علاجات:

横浜市青葉区新石川2-15-11
高田内科胃腸科医院
電話 045 (901) 2348 番

高田 亮

