



الاسم: .....  
رقم الملف: .....  
التخصص: .....  
مكتب التمريض والادوية

---

**لاستكمال التاريخ الطبي للمريض**

المرضى الذين هم في المستشفى: .....  
التخصص: .....  
المرضى الذين هم في المستشفى: .....  
رقم الملف: .....

---

في حالة عدم توفر المريض في عيادة التمريض في المستشفى من قبل الطبيب:

.....  
.....  
.....

---

ملاحظات:

في حال وجود ملاحظات إضافية يرجى كتابتها في هذا المكان:  
.....  
.....  
.....