



R4 NO.

Patient File Number

Check Here:

AM

PM

تحقق هنا

NO.

Date:

/ /

## مستشفى طب الأسنان بجامعة جازان

Jazan University Dental Hospital | College of Dentistry

Screening Form

نموذج الفحص المبدئي

Medical Alert:	Patient's Civic ID													
	Age العمر	<input type="radio"/> M ذكر	<input type="radio"/> F أنثى	Date of Birth:		تاريخ الميلاد:								
Name:	الاسم:													
Address: العنوان:	Mobile No.: رقم الجوال:			Marital Status:		الحالة الاجتماعية:								
	Another Contact: رقم اتصال آخر:			<input type="radio"/> Married متزوج		<input type="radio"/> Single أعزب		عدد الاطفال:						
In Emergency Contact ..	في حالة الطوارئ اتصل على ..			Occupation الوظيفة		Nationality الجنسية								
Name: الإسم:	Phone: الجوال:													

**The undersigned consent to examination and treatment at the College of Dentistry University of Jazan and I understand that:**

1. Most of the dental work is done by dentist students under the supervision of highly qualified faculty members.
2. More time and visits are required by students to complete the examination and treatment.
3. The College according to the student needs will select patients, complicated cases may be eligible for limited dental care only.
4. It is important to keep my dental appointment. Failure to do so will cause loss of credit to the student and may result in depriving me from any further treatment in the College. I will notify the appointment office one day in advance if I must cancel an appointment.
5. All records, radiographs (x-ray films), photographs, etc. are the property of the College and may be used for teaching clinical demonstration or scientific publication.
6. If I have a question or information about my treatment, I will consult the clinic coordinate office.

عزيزي المريض نرجوا منك الإطلاع على التعليمات التالية:

- يقوم الطلبة بمعظم خطوات العلاج تحت إشراف أستاذة الكلية.
- الكلية تقوم بإختيار المرضى حسب الحاجة التعليمية للطلبة، أما الحالات المعقدة فقد تعطى علاجاً محدوداً فقط.
- الموعد المقدم لك حالياً هو موعد فحص مبدئي لتحديد مدى ملائمة حالتك للطلب.

في حالة تأقلمك للعلاج بعيادات الكلية نرجوا مراعاة التالي:

- يحتاج الطالب إلى وقت أطول وجلسات أكثر لإكمال الفحص والعلاج اللازم.
- المحافظة على مواعيد العلاج مهم جداً وأن عدم حضورك في اليوم المحدد سيؤثر على سير دراسة الطالب وربما يؤدي إلى إيقاف علاجك في الكلية.
- في حال تغدر حضورك في الموعد المحدد يجب إعلام مكتب المواعيد قبل يوم واحد من الموعد على الأقل.
- كل ما يُؤخذ في الكلية من صور أشعاعية ومعلومات أو صور والملف وما شابه ذلك تكون ملكاً للكلية ويمكن أن تستعمل في أغراض التدريس أو النشر في المجالات العلمية.
- نرجوا منك الاحتفاظ برقم ملفك الإلكتروني في كل وقت من أجل تسهيل إجراءات علاجك داخل الكلية.

Screening Date:

Patient Signature:

تاريخ تعبئة النموذج:

توقيع المريض:

For Official Use:

للاستخدام الرسمي:

# MEDICAL HISTORY

## التاريخ المرضي

What is Your Complaint ?

ما هو السبب الرئيسي من الزيارة؟

Put (✓) in the accurate box?

لا  
No

نعم  
Yes

ضع علامة (✓) في المربع المناسب:

Are you presently under medical care?	
Are you taking any medicines or drugs?	
Have you had surgery or radiation therapy?	

هل أنت تحت رعاية طبية؟  
هل تستعمل أية أدوية حالياً؟ انكر اسم الدواء  
هل سبق أن اجريت لك أية عملية جراحية أو علاج بالأشعة؟

Have you had any of the following ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rheumatic fever         | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Heart disease           | <input type="checkbox"/> Jaundice          |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy                | <input type="checkbox"/> Hepatitis         |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis            | <input type="checkbox"/> Cancer            |
| <input type="checkbox"/> Aids                    | <input type="checkbox"/> Arthritis         |
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure problems | <input type="checkbox"/> Venereal Disease  |

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> الحمى الروماتزمية    | <input type="checkbox"/> أمراض نقص المناعة |
| <input type="checkbox"/> أمراض القلب          | <input type="checkbox"/> مرض السكر         |
| <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي | <input type="checkbox"/> أمراض ضغط الدم    |
| <input type="checkbox"/> السرطان              | <input type="checkbox"/> الصرع             |
| <input type="checkbox"/> التهاب المفاصل       | <input type="checkbox"/> مرض السل          |
| <input type="checkbox"/> أمراض تناسلية        | <input type="checkbox"/> أمراض الكلى       |

Have you ever had a prolonged illness or hospitalization?	
Have you recently lost weight without dieting?	
Have you or any of your relatives had a problem with bleeding?	
Do you have any blood disorder, such as Anemia?	
Do you have chest pain on light exertion?	
Are you a short breather on light exertion?	
Do your ankles swell?	
Do you suffer from asthma or other allergies ?	
Are you allergic to penicillin or any other medications?	
Have you ever taken any steroid-type drugs?	
Do you smoke?	
Do you chew tobacco or Qat?	
Have you ever had any serious trouble associated with any previous dental treatment ? explain	
Do you have any disease condition or problem not listed? If so please mention it	

هل سبق أن تعرضت لمرض مزمن؟ وهل ادخلت إلى المستشفى للعلاج؟  
هل لاحظت نقصان في وزنك بدون اتباع نظام غذائي معين؟  
هل أصابك أو أي من أفراد عائلتك أحد أمراض الدم المتعلقة بالنزيف أو التجلط؟  
هل تعاني من أي أمراض المتعلقة بالدم كفقر الدم مثلاً؟  
هل تشكو من ضيق في التنفس بعد القيام بمجهود بسيط؟  
هل تشكو من الآم بالصدر بعد القيام بمجهود بسيط؟  
هل لديك تورم حول مفصل القدم؟  
هل تشكو من أمراض الحساسية؟  
هل لديك حساسية ضد البنسلين أو أي أدوية أخرى؟ ووضح ذلك  
هل سبق علاجك بأي نوع من أدوية الكورتيزون؟  
هل تدخن؟  
هل تمضغ الدخان أو تستنشقه أو تمضغ نبتة القات؟  
هل عانيت من أية مشاكل نتيجة علاج سابق لأسنانك؟ ووضح ذلك  
هل تعاني من أية أمراض أو مشاكل صحية ليست مذكورة أعلاه؟ ووضح ذلك

Women Only	
Are you pregnant? If so when is the baby due?	
Do you have any problems associated with your menstrual period?	
Do you take any birth control pills ?	

هل انت حامل؟ ما هو الموعد المتوقع للولادة؟  
هل تعانين من اضطرابات في الدورة الشهرية؟  
هل تستعملين حبوب منع الحمل؟

Remarks:

ملاحظات:

I declare that all above information are true and under my responsibility.

أقر أنا الموقع أدناه بأن المعلومات المذكورة صحيحة حسب معرفتي وأتحمل مسؤولية ما جاء فيها.

Patient name:

اسم المريض:

Signature:

التوقيع:

JAZAN UNIVERSITY