



R4 NO.

Patient File Number

Check Here:

تحقق هنا

AM

PM

NO.

مستشفى طب الأسنان بجامعة جازان

Date: / /

Jazan University Dental Hospital | College of Dentistry

Screening Form

نموذج الفحص المبدئي

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

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

- Most of the dental work is done by dentist students under the supervision of highly qualified faculty members.
- More time and visits are required by students to complete the examination and treatment.
- The College according to the student needs will select patients, complicated cases may be eligible for limited dental care only.
- 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.
- 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.
- 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 أساتذة الكلية.
- الكلية تقوم باختيار 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 للطلاب.

في حالة تلقيك للعلاج بعيادات الكلية نرجوا مراعاة التالي:

- يحتاج الطلاب 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 تعذر حضورك في الموعد المحدد يجب إعلام مكتب المواعيد قبل يوم واحد من الموعد على الأقل.
- كل ما يؤخذ في الكلية من صور أشعاعية ومعلومات أو صور والملف وما شابه ذلك تكون ملكاً للكلية ويمكن أن تستعمل في أغراض التدريس أو النشر في المجلات 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?			هل أنت تحت رعاية طبية ؟
Are you taking any medicines or drugs?			هل تستعمل أية أدوية حالياً ؟ اذكر اسم الدواء
Have you had surgery or radiation therapy?			هل سبق أن أجريت 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  |

- هل سبق أن أصبت بأي من الأمراض التالية :
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> الحمى الروماتيزمية | <input type="checkbox"/> أمراض نقص المناعة    |
| <input type="checkbox"/> أمراض القلب        | <input type="checkbox"/> مرض السكر            |
| <input type="checkbox"/> أمراض ضغط الدم     | <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي |
| <input type="checkbox"/> الصرع              | <input type="checkbox"/> السرطان              |
| <input type="checkbox"/> مرض السل           | <input type="checkbox"/> التهاب المفاصل       |
| <input type="checkbox"/> أمراض الكلى        | <input type="checkbox"/> أمراض تناسلية        |

Have you ever had a prolonged illness or hospitalization?			هل سبق أن تعرضت لمرض مزمن؟ وهل ادخلت إلى المستشفى للعلاج؟
Have you recently lost weight without dieting?			هل لاحظت نقصان في وزنك بدون اتباع نظام غذائي معين ؟
Have you or any of your relatives had a problem with bleeding?			هل أصابك أو أي من أفراد عائلتك أحد أمراض الدم المتعلقة بالنزيف أو التجلط ؟
Do you have any blood disorder, such as Anemia?			هل تعاني من أي أمراض المتعلقة بالدم كفقر الدم مثلاً؟
Do you have chest pain on light exertion?			هل تشكو من ضيق في التنفس بعد القيام بمجهود بسيط ؟
Are you a short breather on light exertion?			هل تشكو من آلام بالصدر بعد القيام بمجهود بسيط ؟
Do your ankles swell?			هل لديك تورم حول مفصل القدم ؟
Do you suffer from asthma or other allergies ?			هل تشكو من أمراض الحساسية ؟
Are you allergic to penicillin or any other medications?			هل لديك حساسية ضد البنسلين أو أي أدوية أخرى ؟ وضح ذلك
Have you ever taken any steroid-type drugs?			هل سبق علاجك بأي نوع من أدوية الكورتيكوستيرويدات ؟
Do you smoke?			هل تدخن ؟
Do you chew tobacco or Qat?			هل تمضغ الدخان أو تستنشقه أو تمضغ نبتة القات ؟
Have you ever had any serious trouble associated with any previous dental treatment ? explain			هل عانيت من أية مشاكل نتيجة علاج سابق لأسنانك؟ وضح ذلك
Do you have any disease condition or problem not listed? If so please mention it			هل تعاني من أية أمراض أو مشاكل صحية ليست مذكورة اعلاه ؟ وضح ذلك

Women Only

لل سيدات فقط

Are you pregnant? If so when is the baby due?			هل انت حامل ؟ ما هو الموعد المتوقع للولادة ؟
Do you have any problems associated with your menstrual period?			هل تعانين من اضطرابات في الدورة الشهرية ؟
Do you take any birth control pills ?			هل تستعملين حبوب منع الحمل ؟

Remarks:

ملاحظات :

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

أقر انا الموقع ادناه بأن المعلومات المذكورة صحيحة حسب معرفتي وأتحمّل مسؤولية ما جاء فيها.

Patient name:

اسم المريض:

Signature:

التوقيع: