

Directorate of Health Affairs Jeddah
Hospital / PHC:



تقرير إجازة مرضية
Sick Leave Report

مديرية الشؤون الصحية بمحافظة جدة
مستشفى / مركز:

رقم الصار:

التاريخ:

Patient Name :
Medical Record No :
ID No :
 Male Female
Nationality :
Date of Birth :
Occupation :
Place of Work :
Date of Visit : / / 20
Date of Adm : / /
Date of Discharge :

اسم المريض :
رقم السجل الطبي :
رقم الهوية :
 ذكر أنثى
الجنسية :
العمر :
التهنة :
جهة العمل :
تاريخ التراجعة : يوم / /
تاريخ المدخل : يوم / /
تاريخ الخروج : يوم / /

Recommendation
 Sick Leave for day (s)
Starting from to
 Follow up before end of sick leave
 Referral to Medical Committee for following reasons
 Approval of Medical Report
 Cannot be treated at this facility
 Permanent or partial disability
 Others :

التوصيات
 منحه إجازة مرضية لمدة (كلية) (يوماً) أيام اعتباراً من إلى
 متابعة الطبيب للعلاج قبل انتهاء إجازته
 إمامته للهيئة الطبية العامة لأحد الأقسام التابعة
 إعتماده التقرير الطبي
 من غير الممكن علاجه في المستشفى
 حالته تدل على عجزه الصحي بصورة جزئية أو قطعية
 أخرى :

Physician Name :
Signature :
Physician Name :
Signature :
Approval by the Manager of Medical Report
Name :
Signature : Date :

اسم الطبيب :
التوقيع :
اسم الطبيب :
التوقيع :
تصديق مدير خدمات المرضى والشارير الطبية
الاسم :
التوقيع : التاريخ :

مصادقة :
 إشارة إلى إمامتكم رقم وتاريخ
 بشأن طلب الكشف الطبي على التوضيح اسمه أماله للكشف عليه
حسب معالجة التقرير الصادر بشأنه
مدير :
الاسم :

