

# المدرسة المعمدانية الإنجيلية في بيروت

## ملف التلميذ الطبي Student Health History Form

Please fill this Form and return within 3 days.

الرجاء ملء الإستمارة وإعادتها خلال ثلاثة أيام.

Note that according to BBS policies, information provided stays in strict confidence in the Student's Health Record.

بناءً على سياسة المدرسة المعمدانية، فإن المعلومات المزودة تبقى سرية داخل سجل التلميذ الطبي.

Grade & Section / الصف والشعبة : \_\_\_\_\_

Student's Name / اسم التلميذ : \_\_\_\_\_

Date of Birth / تاريخ الولادة : \_\_\_\_\_

Birth Weight / الوزن وقت الولادة : \_\_\_\_\_

Blood Group / فئة الدم : \_\_\_\_\_

### Growth and Development

### النمو والتطور الصحي

Have you or your pediatrician ever had any concerns about your child's growth or development (Speech/Language, Social Skills, Motor skills, etc.)?  No  Yes

هل كان لديك أو لدى طبيب أطفالك أي معلومات عن نمو طفلك وتطوره الصحي؟ (المهارة الحركية، المهارة الاجتماعية، اللغة/النطق).  كلا  نعم

If yes, please explain.

إذا كان الجواب "نعم"، الرجاء شرح الحالة الصحية.

### Past medical history and current health concerns

### الحالة الطبية السابقة والحاضرة

Had/Have any serious medical illness(es)?	هل يعاني ولدك من حالة صحية حادة؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Had/Have broken bones?	هل تعرّض لأي كسور في العظام؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Had/Have frequent or severe sprains?	هل تعرّض لأي خلع حاد؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Had/Have a history of asthma or wheezing?	هل يعاني من ضيق تنفس أو ربو؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Have had to use or is currently using an inhaler or nebulizer?	هل يستعمل دائماً جهاز استنشاق أو بخاخ؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Had any surgery?	هل خضع لأية جراحة؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Had been hospitalized?	هل خضع لمعالجة في المستشفى؟	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>

If yes, to any of the above, please explain

الرجاء شرح الحالة، إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من الأسئلة.

Please indicate if student has had (or has) any of the following conditions:

الرجاء الإجابة بـ "نعم" أو "لا" في حال وجود أي من الحالات الآتية:

Asthma	الربو	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Bleeding Problem	حالات نزيف	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Diabetes	السكري	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Heart Disease	أمراض القلب	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Immune Disorder	أمراض مناعية مختلفة	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Migraine Headaches	أوجاع الرأس (الشقيقة)	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	السل	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>

**ملف التلميذ الطبي**  
**Student Health History Form**

Other:

حالات أخرى:

---



---



---

Still under treatment?

Yes/نعم  No/كلا 

If yes, please explain

لا يزال في مرحلة المعالجة؟  
إذا كانت الإجابة نعم ، الرجاء شرح الحالة

---



---



---

**Parents are aware of the existence of any of the following conditions:**

الأهل على علم بوجود أي من الحالات الآتية:

- Learning Disabilities ..... صعوبات تعلمية
- Slow Learner ..... بطء في الاستيعاب
- Speech Delay ..... تأخر في الكلام
- Emotional Disturbance ..... اضطرابات نفسية وعاطفية
- Autism ..... توحد
- Attention Deficit and Hyperactivity Disorders (ADHD) ..... افراط في الحركة وقصور في الانتباه
- Any other case that was not mentioned above ..... أي حالة أخرى لم يتم ذكرها

**Medications and Allergies****الأدوية والحساسية**

Please list current medications, vitamins, and supplements (even if used occasionally):

الرجاء تدوين أسماء الأدوية والفيتامينات الدائمة والطارئة.

---



---



---

Please list allergies or reactions to medications, vaccines or foods:

الرجاء تحديد الأدوية أو اللقاحات أو الأطعمة التي تؤدي الى الحساسية.

---



---

**Immunizations****دفتر اللقاحات**

Please bring a copy of your child's immunization records to the school nurse.

الرجاء إحضار نسخة عن دفتر اللقاحات العائد لطفلك وتسليمه لقسم التمريض.

Date:

التاريخ:

---

Signature:

الإمضاء:

---

For school use only

حقل مخصص للمدرسة

- Allergies:  Yes \_\_\_\_\_
- Asthma:  Yes \_\_\_\_\_
- Diabetes:  Yes \_\_\_\_\_
- Medication(s)  Yes \_\_\_\_\_
- Others \_\_\_\_\_