**(تقرير طبي إجازة مرضية لموظف)**

تحريرًا في تاريخ يوم: ـــــــــــــــ/ ـــــــــــــــــ/ ــــــــــــــــــــــــ م.
مستشفي: ــــــــــــــــــــــــ الموجودة في محافظة: ــــــــــــــــــــــــ فرع: ــــــــــــــــــــــــ التابعة إلى وزارة الصحة.

اسم المريض: ــــــــــــــــــــــــ ويحمل الجنسية: ــــــــــــــــــــــــ
السن (باليوم والشهر والسنة): ــــــــــــــــــــــــ
رَقْم سجل المريض الطبي: ــــــــــــــــــــــــ
المسمى الوظيفي للمريض: ــــــــــــــــــــــــ قطاع جهة العمل: ــــــــــــــــــــــــ
تاريخ الإصابة ودخول المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ
التاريخ المتوقع للخروج من المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ

تشخيص وتقييم الحالة المرضية للمريض المذكور أعلاه (يتم ملء هذا الجزء بواسطة الطبيب المعالج) ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

التوصية: المريض في حاجة إلى الحصول على إجازة مرضية لمدة لا تقل عن ــــــــــــــــــــــــ يومًا، تبدأ في يوم: ـــ/ ـــــــ/ ــــــــ، ونهي في يوم: ــــ/ ــــــــ/ ـــــــــــــــ قبل مباشرة العمل مرة أخرى.

اسم الطبيب المعالج للحالة: ــــــــــــــــــــــــ
توقيع الطبيب: ــــــــــــــــــــــــ
توقيع مدير المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ
خَتْم المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ