

# MEDICAL FORM

Child Name:

Age:

	Yes	No	
Is the child suffering from bronchial asthma?			هل يعاني الطفل من حساسية بالصدر (ربو تحسسي)
Dose the child have any hereditary blood disease?			هل لديه أمراض وراثية بالدم؟
Has the child had any surgical operation?			هل الطفل أجرى أي عملية جراحية؟
Dose the child have allergy to any drugs?			هل الطفل لديه حساسية من أي دواء أو طعام معين؟
Dose the child have convulsion when suffering from fever?			هل الطفل يعاني من تشنجات في حالة ارتفاع حرارته؟
Dose the child take any medicine?			هل الطفل يتناول أي أدوية؟
Dose the child have any type of anemia?			هل الطفل يعاني من أنيميا؟
Dose the child have any congenital anomalies?			هل الطفل لديه أي عيوب خلّقية؟
Is the child suffering from any congenital disease?			هل الطفل لديه أي عيوب خلّقية بالقلب؟
Dose the child have recurrent nasal bleeding?			هل يعاني من نزيف متكرر بالأنف؟
Does the child have allergy to any food (Banana, strawberry, peanut.....)			هل لدى الطفل حساسية من أي طعام؟ (الموز، الفول السوداني، الفراولة)