



Medical History א. היסטוריה רפואית

HOSPITALIZATION	[NO]	[YES]	אשפוזים
DISEASE OF THE JOINTS	[NO]	[YES]	מחלות פרקים
LUNG DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות ריאה
DIGESTIVE PROBLEMS (ULCER, JAUNDICE ETC.)	[NO]	[YES]	מחלות דרכי עיכול (כיב, צהבת וכד')
ALLERGIES	[NO]	[YES]	רגישות יתר (אלרגיה)
KIDNEY & URINARY DISEASE	[NO]	[YES]	מחלות כליות ודרכי שתן
ACCIDENTS & FRACTURES	[NO]	[YES]	תאונות ושבירים
OPERATIONS	[NO]	[YES]	ניתוחים
HOSPITALIZATION FOR THE LAST 6 MONTHS	[NO]	[YES]	האם אושפז בחצי השנה האחרונה?

פירוט והערות

PRESENT MEDICAL CONDITION

ד. מצב הבריאות הנוכחי

נא לפרט בכל מקרה של בעיות או קשיים.

NERVOUS SYSTEM	_____	מערכת העצבים
SIGHT & HEARING	_____	ראייה/ שמיעה
SPINE	_____	עמוד השדרה
LIMBS	_____	גפיים
HEART	_____	לב
BREATHING	_____	נשימה
STOMACH	_____	בטן
MENTAL PROBLEMS	_____	בעיות נפשיות
GYNECOLOGICAL PROBLEMS	_____	בעיות גניקולוגיות
MEDICINE OF CONSTANT USE	_____	תרופות קבועות
DIET	_____	דיאטה

- הנני מתחייב/בת לדווח על כל שינוי במצבו הרפואי של בני/בתתי במהלך תהליך ההכשרה ישירות ובכתב למנהלת המחלקה לקשרי חוץ- תנועת הצופים.
- ידוע לי כי במקרה ובניס ביתי יזדקקו לטיפול רפואי דחוף בחוץ- ההחלטה תעשה על ידי רופא המשלחת ובידוע של ההורים.

PARENTS SIGNATURE חתימת הורים **DATE** תאריך