



SOVANNRA CLINIC

មន្ទីរពេទ្យព្យាបាលនិង សម្ព័ន្ធសុវណ្ណរ៉ា

Sovannra II Polyclinic and Maternity

វិញ្ញាបនបត្រពិនិត្យកាយសម្បទា

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

នាម នឹងគោត្តនាម..... ភេទ..... ជនជាតិ.....

Sure Name and Given Name..... Sex..... Nationality.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត.....

Date of Birth.....

ទីកន្លែងកំណើត.....

Place of Birth.....

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន.....

Address..... CAMBODIA.....

មុខរបរ..... Professional

ការពិនិត្យ EXAMENS

១ កំពស់..... ទម្ងន់..... ទំហំទ្រូង.....

Hauteur..... Poids..... Perimetre thoracique.....

២ ប្រវត្តិជំងឺ.....

Antecedent de la maladie.....

៣ ភ្នែក (Yeux) ៖ ស្តាំ (Droit)..... 6/6..... ឆ្វេង (Gauche)..... 6/6.....

៤ ត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់ក៖..... N/A..... Sphere ORL

៥ ប្រដាប់ឈាមរត់ Appareil Circulatoire..... N/A.....

បេះដូង (Coeur)..... ៣..... សម្ពាធឈាម (TA)..... 10/7..... ដីពថរ (Pouls)..... 70.....

៦ សួត Poumons:..... ៣.....

ការស្នើអ៊ិច (RX)..... ៣.....

៧ ប្រដាប់បន្តពូជ និងទឹកម៉ូត្រ Appareil genito-urinaire..... ៣.....

៨ ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ System nerveux..... ៣.....

៩ ប្រព័ន្ធផ្លែង System osseux..... Fit for work..... ៣.....

១០ ការពិនិត្យអមគ្លីនិក Examens paracliniques..... ៣.....

១១ សន្និដ្ឋាន Conclusion ៖

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ.....

Phnom Penh Date.....

គ្រូពេទ្យពិនិត្យ/ Doctor

វេជ្ជបណ្ឌិត ហ៊ាន គង់