

Приложение 1

БЛАНК МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ

(прикреплён циркуляр Министра здравоохранения № 14/2013/ТТ-ВУТ от 06.05.2013 г.)

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА ХОШИМИН
ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА
ТХУДЫК

Номер: 800/GKSK-...

СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА
ВЬЕТНАМ

Независимость - Свобода - Счастье

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Полное имя (заглавными буквами)

Пол: Возраст:

Удостоверение личности или Паспорт: выдан от

в:

Текущий адрес

Причина проверки здоровья:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ СУБЪЕКТА ОБСЛЕДОВАНИЯ

1 Семейная история:

Есть ли у кого-нибудь в вашей семье одно из следующих заболеваний: инфекционные, сердечно-сосудистые, сахарный диабет, туберкулез, бронхиальная астма, онкологические заболевания, эпилепсия, психические расстройства, другие заболевания:

а) нет ☐ ; б) да ☐ Если «да», укажите название болезни:

2 История пациента: Страдали/Страдаете ли вы каким-либо из следующих заболеваний: инфекционные, сердечно-сосудистые, сахарный диабет, туберкулез, бронхиальная астма, онкологические заболевания, эпилепсия, психические расстройства, другие заболевания:

а) нет ☐ ; б) có ☐

Если «да», укажите название болезни:

3 Другие вопросы (при наличии):

а) Лечитесь ли Вы от какой-либо болезни? Если да, пожалуйста, укажите лекарства, которые Вы сейчас принимаете и дозы:

б) История беременности (для женщин):

Настоящим я заявляю, что
вышеизложенное является верным
и правильным, насколько мне
известно.

....., года
Пациент
(подпись и расшифровка)
(подписанно)
Анастасия Фетисова

Phụ lục 1

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ TP.
BỆNH VIỆN TP. THỦ ĐỨC
Số: 800/GKSK-...

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên (*chữ in hoa*):

Giới: Nữ Tuổi:

Số CMND hoặc Hộ chiếu: cấp ngày

tại:

Chỗ ở hiện tại:

Lý do khám sức khỏe:

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) không ☐ ; b) có ☐ Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:
.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) không ☐; b) có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:
.....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:
.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):
.....

Tôi xin cam đoan những điều khai
trên đây hoàn toàn đúng với sự thật
theo sự hiểu biết của tôi.

....., ngày ... tháng ... năm ...
Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)