MẪU 5: MẪU PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG

……
……

Số …/GKSKLX/Mã CS KBCB/năm

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

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DÙNG

(Ban hành kèm theo Thông tư số 36/2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh
(4 x 6 cm)
(đóng dấu giáp lai hoặc Scan ảnh
(ảnh được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khỏe)

THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*
2. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
3. Ngày tháng năm sinh:
4. Dân tộc:…….
5. Nhóm máu (nếu có):
6. Số CCCD/Mã số định danh/Hộ chiếu: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7. Ngày cấp: : ☐ ☐/ ☐ ☐ /☐ ☐ ☐ ☐
8. Nơi cấp:
9. Số thẻ BHYT: ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. Nơi ở hiện tại:
    Xã, phường:
11. Điện thoại di động:
12. Đề nghị khám sức khỏe lái xe hạng (*Ghi rõ hạng giấy phép lái xe đề nghị và ghi rõ cấp đổi hoặc cấp mới hoặc cấp lại*):

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:

- Không
- Có, ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua			12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết		
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu			13	Bệnh tâm thần		
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)			14	Mất ý thức, rối loạn ý thức		
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng			15	Ngất, chóng mặt		
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác			16	Bệnh tiêu hóa		
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo			17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban		

	nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)				ngày, ngáy to		
7	Tăng huyết áp	☐	☐	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	☐	☐
8	Khó thở	☐	☐	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	☐	☐
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	☐	☐	20	Sử dụng rượu, bia thường xuyên, liên tục	☐	☐
10	Bệnh thận, lọc máu	☐	☐	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	☐	☐
11	Nghiện rượu, bia	☐	☐	22	Bệnh khác (ghi rõ) ……	☐	☐

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?

☐ Không

☐ Có, (Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng):

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

☐ Không

☐ Có. Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

..... *ngày* ..... *tháng*.....*năm*.....

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: …….. cm; Mạch: …….……lần/phút;
- Cân nặng: …….kg; Huyết áp:…….……mmHg;
- Chỉ số BMI: …… Nhịp thở: …….…. lần/phút;

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung		**Họ tên, chữ ký của bác sĩ**
Tại mục kết luận mỗi chuyên khoa, người hành nghề kết luận người đề nghị khám sức khỏe có đủ/không đủ tiêu chuẩn theo Nội dung tại Phụ lục 1, Thông tư số 36/2024/TT-BYT ngày 16/11/2024 của Bộ Y tế		
1.	**Tâm thần**	
	☐ Chưa phát hiện bất thường. ☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD	

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">Kết luận:</td><td></td></tr>
<tr><td>2.</td><td colspan="4">Thần kinh</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">☐ Chưa phát hiện bất thường.
☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD
☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
Kết luận:</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="7">3.</td><td colspan="2">Mắt
Khám thị lực nhìn xa từng mắt:
Không kính: MP MT
Kính lỗ: MP MT
Có kính: MP MT</td><td colspan="2">Khám thị lực nhìn xa hai mắt:
Không kính:
Có kính:</td><td rowspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="4">Thị trường</td></tr>
<tr><td colspan="2">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi – thái dương)</td><td colspan="2">Thị trường đứng (chiều trên – dưới)</td></tr>
<tr><td>☐ Bình thường</td><td>☐ Hạn chế</td><td>☐ Bình thường</td><td>☐ Hạn chế</td></tr>
<tr><td colspan="4">Sắc giác</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐ Bình thường
☐ Mù màu toàn bộ.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Mù màu:</td><td colspan="2">☐ Đỏ
☐ Xanh lá cây
☐ Vàng</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐ Chưa phát hiện bất thường.
☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD
☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
Kết luận:</td></tr>
<tr><td>4.</td><td colspan="4">Tai - Mũi - Họng
Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính):
Tai trái: Nói thường…… m; Nói thầm…….. m
Tai phải: Nói thường…….. m; Nói thầm…….. m
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có)
☐ Chưa phát hiện bất thường.
☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD
☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
Kết luận:</td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td colspan="4">Tim mạch</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">☐ Chưa phát hiện bất thường.
☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD
☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
Kết luận:</td><td></td></tr>
<tr><td>6.</td><td colspan="4">Hô Hấp</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">☐ Chưa phát hiện bất thường.
☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD
☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD
Kết luận:</td><td></td></tr>
<tr><td>7.</td><td colspan="4">Cơ xương khớp</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">☐ Chưa phát hiện bất thường.
☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD
☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD</td><td></td></tr>
</table>

	Kết luận:	
8.	**Nội tiết**	
	☐ Chưa phát hiện bất thường. ☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD ☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD Kết luận:	

I. CẬN LÂM SÀNG

Nội dung	**Họ tên, chữ ký bác sĩ/CN XN**
1. Các xét nghiệm bắt buộc: Kết quả xét nghiệm ma túy **(**Xét nghiệm sàng lọc và định tính các loại ma túy theo quy định của Bộ Y tế: Amphetamin, Marijuana, Morphin, Codein, Heroin): - Amphetamin: - Marijuana: - Morphin: - Codein: - Heroin:	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sĩ khám sức khỏe:	
a) Kết quả xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở	
b) Xét nghiệm máu - Huyết học: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi + Số lượng HC: T/L + Huyết sắc tố: g/L + Hematocrit: L/L + MCV: fL + MCH: pg + MCHC: g/L + RDW: % + Số lượng bạch cầu: G/L + Số lượng bạch cầu trung tính: G/L + Số lượng bạch cầu lympho: G/L + Số lượng bạch cầu đơn nhân: G/L + Số lượng bạch cầu ái toan: G/L + Số lượng bạch cầu ái kiềm: G/L + Số lượng tiểu cầu: G/L - Sinh hoá máu: + Đường máu: mmol/L + Creatinin: µmol/L + ASAT(GOT): U/L + ALAT (GPT): ……U/L	
c) Xét nghiệm nước tiểu: - Tổng phân tích nước tiểu (bằng máy tự động): + Tỉ trọng + pH + Bạch cầu: Âm tính hoặc giá trị (Leu/µL) + Hồng cầu: Âm tính hoặc giá trị (Ery/µL)	

+ Nitrit: + Protein: + Glucose: + Thể cetonic: + Bilirubin: + Urobilinogen: Khác (nếu có):	Âm tính/dương tính Âm tính hoặc giá trị (g/L) Âm tính hoặc giá trị (mmol/L) Âm tính hoặc giá trị (mmol/L) Âm tính hoặc giá trị (µmol/L) Âm tính hoặc giá trị (µmol/L)	
d) Kết quả Chẩn đoán hình ảnh		
e) Các xét nghiệm khác		

IV. KẾT LUẬN

1. Kết luận: Ghi rõ kết luận về tình trạng sức khỏe để lái xe theo một trong các trường hợp sau:

☐ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng *(ghi rõ hạng giấy phép lái xe):*

☐ Không đủ điều kiện sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng *(ghi rõ hạng giấy phép lái xe):*

☐ Đạt tiêu chuẩn sức khỏe lái xe/điều khiển xe máy chuyên dùng hạng *(ghi rõ hạng giấy phép lái xe)* nhưng yêu cầu khám lại *(ghi cụ thể thời gian khám lại)*

☐ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng A1 đối với người khuyết tật điều khiển xe mô tô ba bánh dùng cho người khuyết tật.

☐ Đủ điều kiện sức khỏe lái xe hạng B đối với người khuyết tật điều khiển xe ô tô số tự động có kết cấu phù hợp với tình trạng khuyết tật.

2. Các bệnh, tật (nếu có)

☐ Chưa phát hiện bất thường.

☐ Chẩn đoán sơ bộ, ghi rõ theo mã ICD

☐ Chẩn đoán xác định, ghi rõ theo mã ICD

3. Đề nghị:

☐ Bình thường, hẹn khám định kỳ lần sau

☐ Có yếu tố nguy cơ, cần theo dõi thêm

☐ Đã có bệnh mạn tính, tiếp tục điều trị theo phác đồ/toa cũ

☐ Chuyển cơ sở KBCB, khám chuyên khoa

☐ Khác, ghi rõ (nếu có tư vấn chế độ ăn uống, tập luyện…):

Ngày tháng năm
NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)