Mẫu số 03
Giấy khám sức khỏe và khám sức khỏe định kỳ dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên

……	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
…….	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
____	_____

Số: ……./GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE VÀ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ DÙNG CHO NGƯỜI TỪ
ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN

1. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: …….……

2. Giới tính: □ Nam □ Nữ

3. Ngày tháng năm sinh:…….. (Tuổi:.....)

4. Số CCCD/Hộ chiếu/Mã định danh:……..……..

5. Cấp ngày...../..../..... Nơi cấp……

6. Dân tộc: ..... 7. Đối tượng.....

8. Nguồn chi trả:..... 9. Nhóm máu: .....(nếu có)

10. Nơi ở hiện tại: Tỉnh/ thành:.....phường/ xã:.....số nhà/ thôn/ xóm.....;

11. Nghề nghiệp:

12. Nơi làm việc, học tập:

13. 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:

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 nhịp, đặt slent mạch, ghép tim)	□	□	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban 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 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) ……	□	□

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không?

□ Không

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

……

.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

□ Không

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

…….....

…….

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)

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: .....cm; - Cân nặng: ..... kg; - Chỉ số BMI: .....

- Mạch: .....lần/phút; - Huyết áp:...../..... mmHg

- Phân loại thể lực:

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám			**Họ tên và chữ ký của Bác sỹ**
1.	**Nội khoa**		
a)	*Tuần hoàn*		
	Phân loại		
b)	*Hô hấp*		
	Phân loại		
c)	*Tiêu hóa*		
	Phân loại		

d)	*Thận-Tiết niệu-Sinh dục*		
	Phân loại		
đ)	*Nội tiết*		
	Phân loại		
e)	*Cơ - xương - khớp*		
	Phân loại		
g)	*Thần kinh*		
	Phân loại		
h)	*Tâm thần*		
	Phân loại		
2.	**Ngoại khoa**…… Phân loại:……		
3	***Da liễu:***…… Phân loại:……		
4.	**Sản phụ khoa:**…… Phân loại:……		
5.	**Mắt:**		
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải…….. Mắt trái…….. Có kính: Mắt phải…… Mắt trái……..			
Các bệnh về mắt (nếu có):……			
Phân loại:……			
6.	**Tai - Mũi - Họng**		
Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường…… m; Nói thầm…….. m Tai phải: Nói thường…….. m; Nói thầm…….. m			
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):……			
Phân loại:			
7.	**Răng - Hàm - Mặt**		
Kết quả khám: Hàm trên:…… Hàm dưới:……			
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):……..			

Phân loại……	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

1. Khám phân loại sức khỏe để đi học, đi làm thực hiện khám cận lâm sàng sau:

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
a) Xét nghiệm máu: - Huyết học: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi - Sinh hóa máu: Đường máu: …… Urê:…….. Creatinin: …… ASAT(GOT):…….. ALAT (GPT):	
b) Xét nghiệm nước tiểu: - Tổng phân tích nước tiểu (bằng máy tự động) - Khác (nếu có): ……	
c) Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng) …… …… ……	
d) Kết quả khám Cận lâm sàng khác □ Không □ Có (Nếu có, hãy liệt kê kết quả chi tiết):……	

2. Khám sức khỏe định kỳ (cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ)

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Cận lâm sàng thực hiện theo chỉ định của bác sỹ Kết quả: …… ……	

IV. KẾT LUẬN

1. Tình trạng sức khỏe; mắc các bệnh, tật (nếu có)……

2. Phân loại sức khỏe (theo quy định của Bộ Y tế)……

……. ngày….. tháng…. năm……

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)