.....[1].....
.....[2].....

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

Số: /GKSK-....[3].....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh
(4 x 6cm)

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

Giới: Nam ☐ 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): …….
…….…….

[1] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe
[2] Tên của cơ sở khám sức khỏe
[3] Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

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, 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:	. .....
Phân loại	.....
đ) Cơ-xương-khớp:	.
Phân loại	.....
e) Thần kinh:	. .....
Phân loại	.....
g) Tâm thần:	. .....
Phân loại	.
2. Ngoại khoa:	.....
Phân loại	.
3. Sản phụ khoa:	.....
Phân loại	. .....
4. 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:	.

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
5. 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: ..... **6. Răng-Hàm-Mặt** - Kết quả khám: + Hàm trên:..... + Hàm dưới: ..... - Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)..... - Phân loại:..... **7. Da liễu:** ..... Phân loại:.....	....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Số lượng Tiểu cầu:..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: ..... Urê:..... Creatinin:..... ASAT (GOT):..... ALAT (GPT): ..... c) Khác (nếu có):.....	....
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: ..... b) Prôtêin: ..... c) Khác (nếu có):	....
3. Chẩn đoán hình ảnh:	....

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....[4].....

2. Các bệnh, tật (nếu có): .....[5].....

.....

.....

.....

.....

……ngày…… tháng…… năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

[4] Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT-QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

[5] Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh