

## Phụ lục số XXIV

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

### MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

SỞ Y TẾ TP HCM

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

PKĐK HOÀNG MỸ SÀI GÒN

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: ...../GKSK-.....

### GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh  
(4 x 6 cm)  
(đóng dấu giáp  
lai hoặc Scan  
ảnh)

1. Họ và tên (viết chữ in hoa): .....

2. Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐; 3. Sinh ngày tháng năm ; Tuổi:.....

4. Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD.....

5. Cấp ngày ...../...../..... Tại.....

6. Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:.....

7. Chỗ ở hiện tại:.....

**\* Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân.

8. Lý do khám sức khỏe:.....

### TIỀN SỬ BỆNH TẬT

#### 1. Tiền sử gia đình

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

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

#### 2. Tiền sử bản thân:

##### a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa cân; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt; Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (Nếu có cần ghi rõ tên bệnh):

b) Tiêm chủng:

| STT | Loại vắc xin             | Tình trạng tiêm/uống vắc xin |       |              |
|-----|--------------------------|------------------------------|-------|--------------|
|     |                          | Có                           | Không | Không nhớ rõ |
| 1   | BCG                      |                              |       |              |
| 2   | Bạch hầu, ho gà, uốn ván |                              |       |              |
| 3   | Sởi                      |                              |       |              |
| 4   | Bại liệt                 |                              |       |              |
| 5   | Viêm não Nhật Bản B      |                              |       |              |
| 6   | Viêm gan B               |                              |       |              |
| 7   | Các loại khác            |                              |       |              |

c) Tiền sử bệnh/tật: (Các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

- Không

- Có

Nếu “có”: ghi cụ thể tên bệnh

.....

.....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

.....

.....

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**  
(Hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ)  
(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<br>Bác sỹ chuyên khoa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--------------------------------------------|
| 1.                                                                                                    | <b>Nhi khoa</b>         |  |                                            |
| a)                                                                                                    | Tuần hoàn               |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| b)                                                                                                    | Hô hấp                  |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| c)                                                                                                    | Tiêu hóa                |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| d)                                                                                                    | Thận-Tiết niệu          |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| đ)                                                                                                    | Thần kinh               |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| e)                                                                                                    | Tâm thần                |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| g)                                                                                                    | Khám lâm sàng khác      |  |                                            |
|                                                                                                       |                         |  |                                            |
| 2.                                                                                                    | <b>Mắt:</b>             |  |                                            |
| Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải..... Mắt trái.....<br>Có kính: Mắt phải..... Mắt trái..... |                         |  |                                            |
| Các bệnh về mắt (nếu có):                                                                             |                         |  |                                            |
| .....                                                                                                 |                         |  |                                            |
| 3.                                                                                                    | <b>Tai - Mũi - Họng</b> |  |                                            |
| 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):                                                                    |                         |  |                                            |
| .....                                                                                                 |                         |  |                                            |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>4. Răng - Hàm - Mặt</b>         |  |
| Kết quả khám:                      |  |
| Hàm trên:.....                     |  |
| Hàm dưới:.....                     |  |
| Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): |  |
| .....                              |  |

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

| Nội dung khám                                                                                              | Họ tên, chữ ký của<br>Bác sỹ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:<br>Kết quả: ..... |                              |

### IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Sức khỏe bình thường:.....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý: .....

.....

..... ngày..... tháng.... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

