|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[1]](#footnote-1).....................[[2]](#footnote-2)..........Số: /GKSK-....[[3]](#footnote-3)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

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

Ảnh

(4 x 6cm)

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): …………………………………………………….

………………………………………………………………………………….……………….

|  |  |
| --- | --- |
|  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: ............................................................................................................................**5. Tai-Mũi-Họng**- Kết quả khám thính lực: Tai trái:  Nói thường:.......................... m;    Nói thầm:.............................mTai 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)............................................................ loại:...................................................................................................................**7. Da liễu:** ............................................................................................................................ Phân loại:......................................................................................................... | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký****của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| **1. Xét nghiệm máu:**a) Công thức máu: Số lượng HC: ........................................  Số lượng Bạch cầu: .............................................. 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]](#footnote-4)..................................................................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** .................[[5]](#footnote-5)...................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…ngày… tháng… năm...***NGƯỜI KẾT LUẬN***(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[6]](#footnote-6).....................[[7]](#footnote-7)..........Số: /GKSK-....[[8]](#footnote-8)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

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

Ảnh

(4 x 6cm)

Giới:          Nam □      Nữ □      Tuổi:...........................................

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): ...............................................

cấp ngày......../....../............tại.................................................................

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

……………………...….................…………………………………...…

Chỗ ở hiện tại:………………………….............…………………......

……………………...…….................………………………………...…

Lý do khám sức khỏe:.........................................................................

...................................................................................................................

...................................................................................................................

**TIỀN SỬ BỆNH TẬT**

**1. Tiền sử gia đình:**

 Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm: Không □ 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 tháng; 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 mạn 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nhi khoa**a) Tuần hoàn: ...............................................................................................................................................................................................................................................b) Hô hấp: ......................................................................................................................................................................................................................................................c) Tiêu hóa: ................................................................................................................................................................................................................................................... | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**................................................................................................................................................................ |

| **Nhi khoa** |  |
| --- | --- |
| d) Thận-Tiết niệu:.....................................................................................................................................................................................................................................đ) Thần kinh-Tâm thần: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................e) Khám lâm sàng khác:........................................................................................................................................................................................................................................................................................................**2. Mắt:** a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: .................... Có kính:        Mắt phải: ............. Mắt trái .....................b) Các bệnh về mắt (nếu có):.......................................................................................................... .................................................................................................................................................................................**3. Tai-Mũi-Họng**a) Kết quả khám thính lực: Tai trái:  Nói thường:.......................... m;    Nói thầm:.............................mTai phải: Nói thường:.......................... m;     Nói thầm:.............................mb) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):……....................................……….…..…………..................................................................................................................................................................................**4. Răng-Hàm-Mặt**a) Kết quả khám: + Hàm trên:....................................................................................................... + Hàm dưới: ....................................................................................................b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)............................................................................................................................................................................................................................................................. | .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

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

**IV. KẾT LUẬN CHUNG**

Sức khỏe bình thường............................................[[9]](#footnote-9).............................................

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:...................................[[10]](#footnote-10)................................

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………ngày…… tháng……… năm.................***NGƯỜI KẾT LUẬN***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

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

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

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

Ảnh

(4 x 6cm)

2. Giới:          Nam □      Nữ □      Tuổi:...............................

3. Số CMND hoặc Hộ chiếu: ................... cấp ngày....../..../......... tại.........................................................

4. Hộ khẩu thường trú:………………...........……….……..……......

……………………...……………………….................……………...…

………………………..……………….................………………………

5. Chỗ ở hiện tại:.................................................................................

...................................................................................................................

6. Nghề nghiệp: .......................................................[[11]](#footnote-11).............................................................

7. Nơi công tác, học tập:..........................................[[12]](#footnote-12)............................................................

8. Ngày bắt đầu vào học/làm việc tại đơn vị hiện nay: …..….../…..…./…….....…......

9. Nghề, công việc trước đây (liệt kê các công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):

a) ...........................................................................[[13]](#footnote-13)....................................................................

thời gian làm việc......…[[14]](#footnote-14)........năm….[[15]](#footnote-15)........tháng từ ngày…....…/….....…/............. đến …..…../……../…….…..

b) .......................................................................[[16]](#footnote-16)........................................................................

thời gian làm việc ….........… năm ….......… tháng từ ngày….…/………../…………. đến …...…../……../………..

10. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: ......................................................................................

.......................................................................................................................................................

11. Tiền sử bản thân:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | **Phát hiện năm** | **Tên bệnh nghề nghiệp** | **Phát hiện năm** |
| a) |   | a) |   |
| b) |   | b) |   |

 *……ngày …… tháng … năm …………*

|  |  |
| --- | --- |
| **Người lao động xác nhận** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* | **Người lập sổ KSK định kỳ***(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

**I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT**

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**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) Nội tiết: ..................................................................................................................................................... Phân loại .....................................................................................................................................................e) Cơ-xương-khớp:................................................................................................................................ Phân loại .....................................................................................................................................................g) Thần kinh: .............................................................................................................................................. Phân loại .....................................................................................................................................................h) Tâm thần: ............................................................................................................................................... Phân loại .....................................................................................................................................................**2. 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: ..................................................................................................................................................**3. Tai-Mũi-Họng:** - Kết quả khám thính lực:Tai trái:  Nói thường:.......................... m;     Nói thầm:.............................mTai phải: Nói thường:.......................... m;     Nói thầm:.............................m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):……....................................……….….......………… - Phân loại: ................................................................................................................................................. | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **4. Răng-Hàm-Mặt**- Kết quả khám: + Hàm trên:......................................................................................................... + Hàm dưới: ......................................................................................................- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):..............................................................................- Phân loại:.....................................................................................................................................................**5. Da liễu:** ..................................................................................................................................................... Phân loại:..................................................................................................................................................... | .............................................................................................................................................................................................................................................................  |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký** **của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:a) Kết quả:...........................................................................................................................................................................................................................................b) Đánh giá:......................................................................................................... | ............................................................................................................................................. |

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**..............................................[[17]](#footnote-17)........................................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ........................................[[18]](#footnote-18)......................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………ngày…..… tháng……… năm..............***NGƯỜI KẾT LUẬN***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-3)
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 [↑](#footnote-ref-4)
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 [↑](#footnote-ref-5)
6. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-6)
7. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-7)
8. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-8)
9. Nếu không có vấn đề gì về sức khỏe: Ghi Bình thường. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-10)
11. Ghi rõ công việc hiện nay đang làm. [↑](#footnote-ref-11)
12. Ghi rõ tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị nơi người được khám sức khỏe đang lao động, học tập [↑](#footnote-ref-12)
13. Ghi rõ công việc hiện nay đã làm [↑](#footnote-ref-13)
14. Số năm mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó [↑](#footnote-ref-14)
15. Số tháng mà người được khám sức khỏe đã làm công việc đó [↑](#footnote-ref-15)
16. Ghi rõ công việc hiện nay đã làm [↑](#footnote-ref-16)
17. 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 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-18)