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

|  |  |
| --- | --- |
| *Ảnh**3 x 4 cm* | PHIẾU SỨC KHỎE NGHĨA VỤ QUÂN SỰ |

**I. Sơ yếu lý lịch:**

Họ và tên:..........Sinh ngày:...........Nam, Nữ:.............

Nghề nghiệp trước khi nhập ngũ:...............................

CMND/CCCD số:........................................................

Họ và tên bố:.....................Năm sinh:............Nghề nghiệp:...............

Họ và tên mẹ:....................Năm sinh:.............Nghề nghiệp:..............

Nguyên quán:.................................................................

Trú quán:.........................................................................

Tiền sử bệnh:................................................................

Gia đình:.........................................................................

Bản thân:........................................................................

Tôi xin cam đoan khai đúng lý lịch và tiền sử bệnh của tôi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XÁC NHẬN LÝ LỊCH****CỦA ĐỊA PHƯƠNG** | **XÁC NHẬN TIỀN SỬ BỆNH****CỦA Y TẾ CƠ SỞ** | Ngày.......tháng...... năm........**NGƯỜI KHAI KÝ TÊN** |

**II. Khám sức khỏe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cao:........./...... cm; | Nặng:......../........ kg; | Vòngngực TB:...../...... ..cm. |
| Huyết áp: ......................./............... .....mmHg; | Mạch:........../.........lần/phút. |
| Thị lực: | - Không kính: | Mắt phải: ............/........ ; | Mắt trái:.........../....... |
| - Có kính: | Mắt phải: .........../....... ; | Mắt trái:........./......... . |
| Thính lực: - | Nói thường: | Tai phải: ........./......... m; | Tai trái ......./........ ..m. |
| - Nói thầm: | Tai phải: ..../......... m; | Tai trái ......./.......... m. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ tiêu** | **KẾT QUẢ KHÁM TUYỂN TẠI ĐỊA PHƯƠNG** | **KẾT QUẢ KHÁM PHÚC TRA TẠI ĐƠN VỊ** |
| **Điểm** | **Lý do** | **Y, BS khám***(Ký, họ tên)* | **Điểm** | **Lý do** | **Y, BS khám***(Ký, họ tên)* |
| Thể lực |  |  |  |  |  |  |
| Mắt |  |  |  |  |  |  |
| Tai mũi họng |  |  |  |  |  |  |
| Răng hàm mặt |  |  |  |  |  |  |
| Nội khoa |  |  |  |  |  |  |
| Tâm thần kinh |  |  |  |  |  |  |
| Ngoại khoa |  |  |  |  |  |  |
| Da liễu |  |  |  |  |  |  |
| KQ xét nghiệm(nếu có) |  |  |  |  |  |  |
| Kết luận |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Ngày.......... tháng....... năm.............* | *Ngày........... tháng........... năm...............* |
| **Chủ tịch Hội đồng KSK NVQS huyện** | **Chủ tịch Hội đồng khám phúc tra SK** |
| *(Ký tên, đóng dấu)* | *(Ký tên, đóng dấu)* |