**Mẫu giấy khám sức khỏe cho người nước ngoài**

|  |  |
| --- | --- |
| [ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe][ Tên của cơ sở khám sức khỏe] | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /GKSK-[ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe] |   |

**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): .......

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 ........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).......- Phân 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:** ....... [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] ...........

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ..............[Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh].......

......., ngày ..... tháng .... .năm .......

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)