**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: ........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:........ |  |

**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)