|  |  |
| --- | --- |
| [ 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**

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 đâyhoàn 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) |