|  |  |
| --- | --- |
| [ 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 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) |