|  |  |
| --- | --- |
| ..........................................Số: /GKSK-......... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Họ và tên *(chữ in hoa):* .................................................................

Ảnh (4 x 6cm)

Giới: Nam □ Nữ □ Tuổi: ...........................................

Số CMND hoặc Hộ chiếu (nếu có): .............................................

cấp ngày......../....../............tại .......................................................

Chỗ ở hiện tại: ..............................................................................

....................................................................................................... Lý do khám sức khỏe: ...................................................................

.......................................................................................................

.......................................................................................................

**TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

# 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: ...................................

...........................................................................................................................................................

1. **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: .......................................................................

......................................................................................................................................

# 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)* |

# KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: ...............................cm; Cân nặng: ........................ kg; Chỉ số BMI: ..............................

Mạch: ........................lần/phút; Huyết áp:.................... / mmHg

Phân loại thể lực:..............................................................................................................................................................

# 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 ......................................................................................................................................................e) Thần kinh: ................................................................................................................................................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:.......................................................................................................... | ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| + Hàm dưới: .......................................................................................................- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)..............................................................................- Phân loại:............................................................................................................................. ........................**7. Da liễu:** .............................................................................................................................. .......................Phân loại:................................................................................................. .................................................... | .................................................................................................................................................................................................................. |

1. **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:**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ................................................................................................................................................ |

1. **KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:** ...............................................................................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ..........................................................................................

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

*…………………ngày…… tháng……… năm.................*

# NGƯỜI KẾT LUẬN

*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*