|  |  |
| --- | --- |
| .....................  .....................  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 .......................................................

Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ: ........................................

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

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

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

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

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

# TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. **Tiền sử gia đình:**

Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm: Không □ Có □

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:..............................................................

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

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

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

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

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

# Tiền sử bản thân:

1. Sản khoa:

* Bình thường.
* Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa tháng; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:......................

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

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

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

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

.................................................................................................................................... )

1. Tiêm chủng:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Loại vắc xin** | **Tình trạng tiêm/uống vắc xin** | | |
| **Có** | **Không** | **Không nhớ rõ** |
| 1 | BCG |  |  |  |
| 2 | Bạch hầu, ho gà, uốn ván |  |  |  |
| 3 | Sởi |  |  |  |
| 4 | Bại liệt |  |  |  |
| 5 | Viêm não Nhật Bản B |  |  |  |
| 6 | Viêm gan B |  |  |  |
| 7 | Các loại khác |  |  |  |

1. Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính)

* Không □
* Có □

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh............................................................................

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

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

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

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

1. Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:....................................................................................................

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

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

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

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

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** (hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ) *(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

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nhi khoa**  a) Tuần hoàn: ..........................................................................................................  .....................................................................................................................................  b) Hô hấp: ................................................................................................................  ......................................................................................................................................  c) Tiêu hóa: ..............................................................................................................  ..................................................................................................................................... | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ**  ................................  ................................  ................................  ................................  ................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nhi khoa** |  |
| d) Thận-Tiết niệu:................................................................................................  .....................................................................................................................................  đ) Thần kinh-Tâm thần: ........................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  e) Khám lâm sàng khác:......................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  **2. Mắt:**  a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: ....................  Có kính: Mắt phải: ............. Mắt trái .....................  b) Các bệnh về mắt (nếu có):..........................................................................................................  .................................................................................................................................................................................  **3. Tai-Mũi-Họng**  a) Kết quả khám thính lực:  Tai trái: Nói thường:.......................... m; Nói thầm: m  Tai phải: Nói thường:.......................... m; Nói thầm: m  b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):……....................................……….…..…………  ..................................................................................................................................................................................  **4. Răng-Hàm-Mặt**  a) Kết quả khám: + Hàm trên:.......................................................................................................  + Hàm dưới: ....................................................................................................  b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)...........................................................................  .................................................................................................................................................................................. | ...............................  ..........................................  ..........................................  .........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  ..........................................  .......................................... |

1. **KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:  Kết quả:.....................................................................................................................  .....................................................................................................................................  ..................................................................................................................................... | ...............................  ...............................  ...............................  ............................... |

1. **KẾT LUẬN CHUNG**

Sức khỏe bình thường .................................................................................................

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý ...........................................................................

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

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

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

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

# NGƯỜI KẾT LUẬN

*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*