

SỞ Y TẾ THÁI NGUYÊN
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA MINH ĐỨC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 69/GKSK - PKĐKMD

ĐÃ THU TIỀN

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



1. Họ và tên (chữ in hoa): ĐẠO VĂN DƯƠNG
2. Giới tính: Nam ☒ Nữ ☐
3. Ngày 18 tháng 04 năm 2006. (Tuổi:)
4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/định danh CD: 0192060000411
5. Cấp ngày 12/04/2021 tại Cục cảnh sát
6. Chỗ ở hiện tại: Đông Quang - TP Thái Nguyên
Lý do khám sức khỏe: Đi làm

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 (Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng).

TT	Tên bệnh	Có / Không	TT	Tên bệnh	Có / Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngưng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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.

Thái Nguyên, ngày 04 tháng 02 năm 2025.

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Dương
Đào Tuấn Dương



I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: 180 cm; Cân nặng: 67 kg; Chỉ số BMI: 20.7
 Mạch: 90 lần/phút; - Huyết áp: 125/75 mmHg
 Phân loại thể lực: 2

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	Nội khoa	
a)	Tuần hoàn	
	Phân loại	
b)	Hô hấp	
	Phân loại	
c)	Tiêu hóa	
	Phân loại	
d)	Thận- Tiết niệu	
	Phân loại	
d)	Nội tiết	
	Phân loại	
e)	Cơ - xương - khớp	
	Phân loại	
g)	Thần kinh	
	Phân loại	
h)	Tâm thần	
	Phân loại	
	Ngoại khoa, Da liễu:	
2.	- Ngoại khoa:	
	Phân loại:	
	- Da liễu:	
	Phân loại:	
3.	Sân phụ khoa:	
	Phân loại:	
4.	Mắt:	
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: 10/10; Mắt trái: 10/10		
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	<i>Đạt</i>
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):.....	
Phân loại:.....	SS.CAI: <i>Trương Thụy Kim</i>
6. Răng – Hàm – Mặt	
Kết quả khám: Hàm trên:.....	BS: <i>Nguyễn Thị Thảo</i>
Hàm dưới:.....	
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):.....	
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: <i>4.9</i> Số lượng Bạch cầu: <i>6.5</i> Số lượng Tiểu cầu: <i>203</i> b) Sinh hóa máu: Đường máu: <i>9.4</i> Ure: <i>3.7</i> Creatinin: <i>6.9</i> ASAT (GOT): <i>1.8</i> ALAT (GPT): <i>10</i>	<i>Ngh</i> CN: <i>Thiều Thị Ngân</i>
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Prôtêin: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng): <i>Hình ảnh XQ tim phổi thẳng</i>	<i>Thao</i> BS: <i>Trần Nguyễn Thái</i>

IV. KẾT LUẬN

- Phân loại sức khỏe: *Loại I. Hi sức khỏe? học tập và công tác*
- Các bệnh, tật (nếu có):

Thái Nguyên, ngày *14* tháng *02* năm *2020*

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



Trần Thị Minh Thu
Ths.BS. *Trần Thị Minh Thu*



ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC



THẺ SINH VIÊN



Họ tên: ĐÀO TUẤN DƯƠNG

Ngày sinh: 18/06/2006

Lớp: Luật C

Khóa: K22 Niên khóa: 2024-2028

MSSV:
DTZ24017380101030



napas

