

6. Răng - Hàm - Mặt	
Kết quả khám:	Hàm trên:
	Hàm dưới:
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	Bình thường
Phân loại	I

BS. Văn Ngọc Hải

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:	4,54 TIL
Số lượng Bạch cầu:	4,91 GIL
Số lượng tiểu cầu:	235 GIL
b) Sinh hóa máu: Đường máu:	4,72 mmol/L
Urê:	Creatinin: 48 μmol/L
ASAT(GOT):	ALAT (GPT): 8,3 U/L
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	ÂM TÍNH
b) Protein:	
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	
Kết quả CT scanner ngực:	
Đuôi xẹp phổi nhỏ phần thùy S5 phổi phải và S8 phổi trái	

BS. Bảo Thuyết

BS. CKI Lê Thị Kim Cúc

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: II

2. Các bệnh, tật (nếu có): Nhấn xẹp phổi nhỏ phần thùy S5 phổi phải và S8 phổi trái

HIỆN TẠI: ĐỦ SỨC KHỎE
ĐỂ HỌC TẬP VÀ LÀM VIỆC

Đã Nẵng, ngày 21 tháng 6 năm 2024

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)

BS. CKI Nguyễn Lê Hoàng Trâm

Số: 2406.00002.12636/GKSK-TTCDYKKTCTN

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(Dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên)

(Kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Họ và tên (viết chữ in hoa): NGUYỄN THỊ MỸ SA

Giới tính: Nam ☐ Nữ ☒

Sinh Ngày 21 tháng 01 năm 1985 (Tuổi: 39)

Số CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD : 0574.185.009.277

Cấp ngày: / / Tại Cục cảnh sát quản lý HC và trật tựXH

Chỗ ở hiện tại: / /

Lý do khám sức khỏe: BS. Hưng hồ sơ



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:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	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 thủng màng	<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, ngừng 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 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:

..... Không

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.

Đã. Ngày ngày 21... tháng 06 năm 2024
Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: 163.....cm; - Cân nặng: 53.....kg; - Chỉ số BMI: 19,9...

- Mạch: 64.....lần/phút; - Huyết áp: 100...../.....60..... mmHg

Phân loại thể lực:..... I

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:			
- Ngoại khoa: Bình thường			
2. Phân loại:..... I			
- Da liễu: Năm da			
Phân loại:..... II			
Sân phụ khoa:			
..... CTC viêm loét, huyết, hệch dịch / nhân xơ hỉ cung			
Phân loại:..... II			
4. Mắt:			
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải 10/100. Mắt trái 10/100			
Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....			
Các bệnh về mắt (nếu có): Bình thường			
Phân loại:..... I			
5. Tai - Mũi - Họng			
Kết quả khám thính lực:			
Tai trái: Nói thường..... 1/5 m; Nói thầm..... 1/95 m			
Tai phải: Nói thường..... 1/5 m; Nói thầm..... 1/95 m			
Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): Bình thường			
Phân loại:..... I			