|  |  |
| --- | --- |
| **SỞ Y TẾ TỈNH HÒA BÌNH**  **BÊNH VIÊN ĐA KHOA TỈNH**  Số: /GKSK-BVĐKTHB | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Họ và tên:  2. Giới tính: {d.gioitinh:ifEQ(true):show(☑):elseShow(☐)} Nam {d.gioitinh:ifEQ(true):show(☐):elseShow(☑)} Nữ Năm sinh: {d.namsinh}  3. Số CMND hoặc Hộ chiếu: Cấp ngày:  tại:  4. Họ tên bố mẹ hoặc người giám hộ:  5. Chỗ ở hiện tại |

6. Lí do khám sức khoẻ:

**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:

{d.tiensugd:ifEQ(true):show(☐):elseShow(☑)} Không {d.tiensugd:ifEQ(true):show(☑):elseShow(☐)} Có

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

**2. Tiền sử bản thân:**

a) 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):

b) 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 |  |  |  |

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

- Không {d.tiensugd:ifEQ(true):show(☐):elseShow(☑)}

- Có {d.tiensugd:ifEQ(true):show(☐):elseShow(☑)}

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh

d) 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)* |

**I. KHÁM THỂ LỰC**

Chiều cao:   ............................cm; Mạch ...............lần/phút;

Cân nặng: .................. kg; Huyết áp ...........mmHg;

Vòng ngực trung bình........... cm; Nhiệt độ .............. 0C

Chỉ số BMI: ............ ........ Nhịp thở .............. lần/phút;

Phân loại thể lực:

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nhi khoa**  a) Tuần hoàn:  b) Hô hấp:  c) Tiêu hóa:  d) Thận-Tiết niệu:  e) Thần kinh-Tâm thần:  g) Khám lâm sàng  **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) | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |