

**Mẫu giấy khám sức khỏe dùng cho đối tượng là người trên 18 tuổi**  
[ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe] **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
[ Tên của cơ sở khám sức khỏe] **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  
Số: /GKSK-[ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe]

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

Họ và tên (chữ in hoa): .....

Giới: Nam ☐ Nữ ☐ Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu: ..... cấp ngày...../...../.....

tại.....

Chỗ ở hiện tại:.....

.....

Lý do khám sức khỏe:.....

**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: 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: .....

.....

**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.

.....  
ngày .....tháng.....năm.....

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

## I. KHÁM THỂ LỰC

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

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

Phân ..... loại ..... thể  
lực:.....

## II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Nội khoa</b>	
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 .....	
Phân loại .....	
g) Tâm thần: .....	
Phân loại .....	
<b>2. Ngoại khoa: .....</b>	
Phân loại .....	

<p><b>3. Sản phụ khoa:</b> .....</p> <p>Phân loại .....</p> <p><b>4. Mắt:</b></p> <p>- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: .....</p> <p>Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: .....</p> <p>- Các bệnh về mắt (nếu có): .....</p> <p>- Phân loại: .....</p> <p><b>5. Tai-Mũi-Họng</b></p> <p>- Kết quả khám thính lực:</p> <p>Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m</p> <p>Tai phải: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m</p> <p>- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):.....</p> <p>- Phân loại: .....</p> <p><b>6. Răng-Hàm-Mặt</b></p> <p>- Kết quả khám: + Hàm trên:.....</p> <p>+ Hàm dưới: .....</p> <p>- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....</p> <p>- Phân loại:.....</p> <p><b>7. Da liễu:</b> .....</p> <p>Phân loại:.....</p>	
---	--

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<p><b>1. Xét nghiệm máu:</b></p> <p>a) Công thức máu: Số lượng HC: .....</p> <p>Số lượng Bạch cầu: .....</p>	

Số lượng Tiểu cầu:.....  b) Sinh hóa máu: Đường máu: .....  Urê:..... Creatinin:.....  ASAT (GOT):..... ALAT (GPT): .....  c) Khác (nếu có):.....  <b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b>  a) Đường: .....  b) Prôtêin: .....  c) Khác (nếu có): .....  <b>3. Chẩn đoán hình ảnh:</b>  .....  .....	
--	--

#### IV. KẾT LUẬN

**1. Phân loại sức khỏe:**.....[Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT-QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành].....

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** .....[Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh].....

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

.....ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

### 3. Mẫu giấy khám sức khỏe dùng cho đối tượng là người dưới 18 tuổi

#### MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....(1).....  
.....(2).....

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

Số: /GKSK-...(3)....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh  (4 x 6cm)	Họ và tên ( <i>chữ in hoa</i> ): ...
	Giới: Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Tuổi:...
	Số CMND hoặc Hộ chiếu: ...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:...

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

– Bình thường.

– Không bình thường: Để thiếu tháng; Để thừa tháng; Để có can thiệp; Để 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 mạn tính)

– Không ☐

– Có ☐

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)

Mời bạn đọc cùng tham khảo thêm tại mục [thủ tục hành chính](#) trong mục [biểu mẫu](#) nhé.