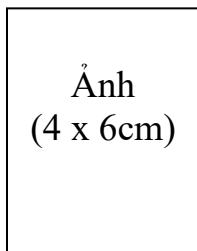


.....  
.....  
.....

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

Số: /GKSK-.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**



Họ và tên (*chữ in hoa*): .....

Giới:      Nam ☐      Nữ ☐      Ngày sinh:.....

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 ..... e) Thần kinh: ..... Phân loại ..... g) Tâm thần: ..... Phân loại .....	
<b>2. Ngoại khoa:</b> ..... Phân loại .....	
<b>3. Sản phụ khoa:</b> ..... Phân loại .....	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<p><b>4. Mắt:</b></p> <p>- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: .....</p> <p style="padding-left: 100px;">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 style="padding-left: 40px;">Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m</p> <p style="padding-left: 40px;">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 style="padding-left: 100px;">+ 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 style="padding-left: 100px;">Số lượng Bạch cầu: .....</p> <p style="padding-left: 100px;">Số lượng Tiểu cầu:.....</p> <p>b) Sinh hóa máu: Đường máu: .....</p>	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
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:**.....

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** .....

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

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*

.....*ngày..... tháng..... năm.....*  
**NGƯỜI KẾT LUẬN**  
*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*