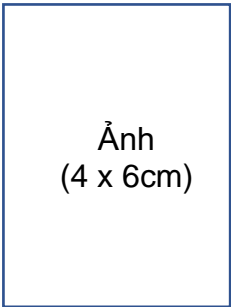


Số:...../GKSK-.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên: .....  
Giới tính:    Nam ☐      Nữ ☐      Ngày/ tháng/ năm sinh:.....  
Số CMND /CCCD/ 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: 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 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)

## 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. Nhi khoa</b>	
a) Tuần hoàn: .....	.....
.....	.....
b) Hô hấp:.....	.....
.....	.....
c) Tiêu hóa: .....	.....
.....	.....
d) Thận - Tiết niệu: .....	.....
.....	.....
đ) Thần kinh - Tâm thần: .....	.....
.....	.....
e) Khám lâm sàng khác:.....	.....
.....	.....
<b>2. Mắt:</b>	
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): .....	.....
.....	.....
<b>3. Tai-Mũi-Họng</b>	
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): .....	.....
.....	.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>4. Răng-Hàm-Mặt</b> a) Kết quả khám: + Hàm trên: ..... + Hàm dưới: ..... b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):..... .....	..... ..... ..... .....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả: ..... .....	..... .....

### IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe hiện tại: .....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý: .....

.....

.....

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

.....ngày..... tháng..... năm.....  
**NGƯỜI KẾT LUẬN**