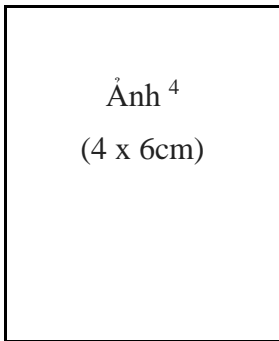


Số: /GKSKLX-1.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE



Họ và tên (chữ in hoa): trì
Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐ Ngày sinh: 2023-04-02T08:48:42.000Z
Số CMND hoặc Hộ chiếu: 123213123123 cấp ngày 2023-04-04T08:48:42.000Z
tại 123
Chỗ ở hiện tại: 1312
Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng: B2

I. 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, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không (Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

Có/Không			Có/Không		
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua			Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết		
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu			Bệnh tâm thần		
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)			Mất ý thức, rối loạn ý thức		
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác			Ngất, chóng mặt		
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác			Bệnh tiêu hóa		
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)			Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to		
Tăng huyết áp			Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Khó thở			Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính			Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Bệnh thận, lọc máu			Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

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) Hiện tại đang có thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 12 tháng hay không? (Đối với phụ nữ):




.....







.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.


.....ngày.....tháng.....năm.....
Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký của Bác sỹ												
1. Tâm thần: ..Bình thường.....														
Kết luận.Đủ sức khỏe.....		Đoàn Minh Trí												
2. Thần kinh:Bình thường.....														
Kết luận.Đủ sức khỏe.....		Đoàn Minh Trí												
3. Mắt: - Thị lực nhìn xa từng mắt: + Không kính: Mắt phải:10/10.....Mắt trái:10/10... + Có kính: Mắt phải:10/10.....Mắt trái:10/10... - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính.10/10..Có kính.10/10..... - Thị trường:														
<table><thead><tr><th colspan="2">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)</th><th colspan="2">Thị trường đứng (chiều trên-dưới)</th></tr><tr><th>Bình thường</th><th>Hạn chế</th><th>Bình thường</th><th>Hạn chế</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)		Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế					
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)												
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế											
-Sắc giác + Bình thường <input type="checkbox"/> + Mù màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mù màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - Vàng <input type="checkbox"/> + Các bệnh về mắt (nếu có):Không.....														
Kết luận.Đủ sức khỏe.....		Đoàn Minh Trí												

<p>4. Tai-Mũi-Họng</p> <p>- Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính)</p> <p>+ Tai trái: Nói thường: 05.....m; Nói thầm:m</p> <p>+ Tai phải: Nói thường: 05.....m; Nói thầm:m</p> <p>- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>
<p>5. Tim mạch:</p> <p>+ Mạch:12.....lần/phút;</p> <p>+ Huyết áp:.....12...../.....mmHg</p> <p>.....</p> <p>Phân loại 1</p> <p>Kết luận.....</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>
<p>6. Hô hấp:</p> <p>.....</p> <p>Phân loại 1</p> <p>Kết luận: Đủ sức khỏe</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>
<p>7. Cơ Xương Khớp:</p> <p>Phân loại 1</p> <p>.....</p> <p>Kết luận Đủ sức khỏe</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>
<p>8. Nội tiết:</p> <p>.....</p> <p>Phân loại 1</p> <p>Kết luận.....</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>
<p>9. Thai sản:</p> <p>.....</p> <p>Phân loại 1</p> <p>Kết luận.....</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
<p>1. Các xét nghiệm bắt buộc:</p> <p>a) Xét nghiệm ma túy</p> <p>- Test</p> <p>Morphin/Heroin:</p> <p>- Test</p> <p>Amphetamin:</p> <p>- Test</p> <p>Methamphetamin:</p> <p>- Test Marijuana (cần sa):</p> <p>b) Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở:</p>	<p></p> <p>Đoàn Minh Trí</p>

2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác.

a) Kết

quả: Đủ sức khỏe

b) Kết

luận: Đủ sức khỏe



Đoàn Minh Trí

IV. KẾT LUẬN

Bth

#####

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 06 tháng kể từ ngày ký kết luận).

Thứ Tư, ngày 12...tháng 04 năm 2023

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



Đoàn Minh Trí

Thứ Tư, ngày 12...tháng 04 năm 2023

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



Đoàn Minh Trí