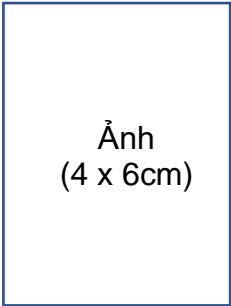


Số:

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên: .....

Giới:      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: 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	X		
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván	X		
3	Sởi	X		
4	Bại liệt	X		
5	Viêm não Nhật Bản B	X		
6	Viêm gan B	X		
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.

Gia Lai, 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): ..... .....	
<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)

Gia Lai, ngày..... tháng..... năm.....  
**NGƯỜI KẾT LUẬN**