## SỞ Y TẾ GIA LAI TRUNG TÂM GIÁM ĐỊNH Y KHOA

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

Số: /GKSK-....

			JC KHOE
Ånh (4 x 6cm)	Giới: Nam □ Số CMND /CCCD/ Hộ Tại Chỗ ở hiện tại:	Nữ □ chiếu:	Ngày/ tháng/ năm sinh:cấp ngày:
	Lý do khám sức khỏe:		
	TIỀN SỬ BỆNH CỦA	ĐỐI TƯỢ	YNG KHÁM SỨC KHỎE
đường, lao, her a) Không 	ng gia đình ông (bà) mắc r n phế quản, ung thư, động k □ ; b) Có □ ; Nếu "có", n <b>thân:</b> Ông (bà) đã/đang r pệnh tim mạch, đái tháo đư	kinh, rối lo , đề nghị g  mắc bệnh rờng, lao,	các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái thác bạn tâm thần, bệnh khác: ghi cụ thể tên bệnh: n, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn
	khác: a) Không □; b) C hị ghi cụ thể tên bệnh:		
	<b>c (nếu có):</b> ang điều trị bệnh gì không? N	Nếu có, xin	n hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng
b) Tiền sử thai s	sản (Đối với phụ nữ):		
trên đây hoàn	loan những điều khai toàn đúng với sự thật hiểu biết của tôi.		ngày thángnăm Người đề nghị khám sức khỏe (Ký và ghi rõ họ, tên)

		ئەلىن مام مەم مام دارى
II. KHÁM LÂM SÀNG		
Phân loại thể lực:		
•	Huyết áp: mmHg	
	Cân nặng: kg;	Chỉ số BMI:
I. KHÁM THỂ LỰC		

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
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:	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại:	
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại:	
4. Mắt: - Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: Mắt trái:	
Có kính: Mắt phải: Mắt trái: Mắt trái:	
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
- Phân loại:	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ	
5. Tai-Mũi-Họng		
- Kết quả khám thính lực:		
Tai trái: Nói thường: m;	Nói thầm:m	
Tai phải: Nói thường:m;	Nói thầm:m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):		
- Phân loại:		
6. Răng-Hàm-Mặt		
- Kết quả khám: + Hàm trên:		
+ Hàm dưới:		
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):		
- Phân loại:		
7. Da liễu:		
Phân loại:		

## III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC: x10 <sup>12</sup> /l	
Số lượng Bạch cầu:x10 <sup>9</sup> /l	
Số lượng Tiểu cầu:x10 <sup>9</sup> /l	
b) Sinh hóa máu: Đường máu:mmol/l	
Urê: mmol/l Creatinin: mmol/l	
ASAT (GOT):U/L ALAT (GPT):U/L	
c) Khác (nếu có):	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	
b) Protein:	
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	
IV. KÉT LUẬN	
1. Phân loại sức khỏe:	
	u.

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu) Gia Lai ngày..... tháng..... năm...... NGƯỜI KẾT LUẬN