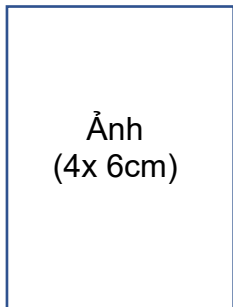


Số:

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE

(Thông tư liên tịch số 24/2015/TTLT-BYT-BGTVT ngày 21 tháng 8 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giao thông vận tải)



Ảnh
(4x 6cm)

Họ và tên:

Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐ Ngày/ tháng/ năm sinh:

Số CMND /CCCD/ Hộ chiếu: cấp ngày:

Tại:

Chỗ ở hiện tại:

Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:

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 bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính		x	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		x
Bệnh thận, lọc máu		x	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		x

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.

Gia lai, 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: Kết luận..... 2. Thần kinh: Kết luận..... 3. Mắt: - Thị lực nhìn xa từng mắt: + Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:..... + Có kính: Mắt phải:..... Mắt trái:..... - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính.....Có kính..... - Thị trường:	

Nội dung khám				Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)		
Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế	
<p>- Sắc giác</p> <p>+ Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>+ Mùi màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mùi màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - vàng <input type="checkbox"/></p> <p>Các bệnh về mắt (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p> <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:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>+ Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m</p> <p>- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p> <p>5. Tim mạch:</p> <p>+ Mạch:lần/phút;</p> <p>+Huyết áp:.....mmHg</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p> <p>6. Hô hấp:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p> <p>7. Cơ Xương Khớp:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p> <p>8. Nội tiết:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kết luận.....</p>				

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
9. Thai sản: Kết luận.....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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

IV. KẾT LUẬN HIỆN TẠI

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

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

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Gia lai, ngày.....tháng..... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN