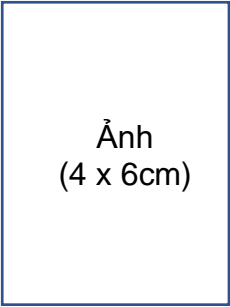


Số: /GKSK-.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**



Họ và tên:.....  
Giới:      Nam ☐      Nữ ☐      Ngày/ tháng/ năm sinh: .....  
Số CMND /CCCD/ Hộ chiếu: ..... cấp ngày:.....  
Tại.....  
Chỗ ở hiện tại:.....  
.....  
Lý do khám sức khỏe:.....

**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 bản thân:** Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh 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:.....  
.....

**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) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):.....  
.....

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**  
(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. Nội khoa</b>	
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: .....	..... .....
<b>2. Ngoại khoa:</b> ..... Phân loại: .....	..... .....
<b>3. Sản phụ khoa:</b> ..... Phân loại: .....	..... .....
<b>4. Mắt:</b>	
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: ..... Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái:.....	..... .....
- Các bệnh về mắt (nếu có):.....	.....
- Phân loại: .....	.....



Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b>	
a) Đường:.....	.....
b) Protein: .....	.....
c) Khác (nếu có):.....	.....
.....	.....
.....	.....
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh:</b>	
.....	.....
.....	.....

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

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