

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
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:.....
- 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: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>Tai trái: Nói thường:..... m;</div> <div>Nói thầm:.....m</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>Tai phải: Nói thường:.....m;</div> <div>Nói thầm:.....m</div> </div> - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): - Phân loại:	
6. Răng-Hàm-Mặt - Kết quả khám: + Hàm trên: <div style="margin-left: 100px;">+ Hàm dưới:</div> - Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có): - Phân loại:	
7. Da liễu: <div style="margin-left: 40px;">Phân loại:</div>	

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 ¹² /l <div style="margin-left: 100px;">Số lượng Bạch cầu:x10⁹/l</div> <div style="margin-left: 100px;">Số lượng Tiểu cầu:.....x10⁹/l</div> b) Sinh hóa máu: Đường máu:..... mmol/l <div style="margin-left: 40px;">Urê: mmol/l Creatinin:..... mmol/l</div> <div style="margin-left: 40px;">ASAT (GOT):..... U/L ALAT (GPT):..... U/L</div> c) Khác (nếu có):..... <div style="margin-left: 40px;">.....</div>	

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. 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