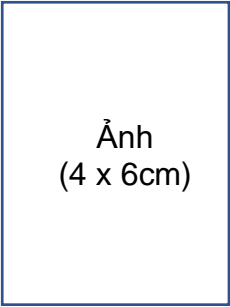


Số: /GKSK-.....

**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
<p><b>1. Nội khoa</b></p> <p>a) Tuần hoàn:..... Phân loại: .....</p> <p>b) Hô hấp: ..... Phân loại: .....</p> <p>c) Tiêu hóa: ..... Phân loại: .....</p> <p>d) Thận - Tiết niệu:..... Phân loại: .....</p> <p>đ) Cơ-xương-khớp:..... Phân loại: .....</p> <p>e) Thần kinh: ..... Phân loại: .....</p> <p>g) Tâm thần:..... Phân loại: .....</p>	
<p><b>2. Ngoại khoa:</b>..... Phân loại: .....</p>	
<p><b>3. Sản phụ khoa:</b>..... Phân loại: .....</p>	
<p><b>4. Mắt:</b></p> <p>- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái: ..... Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái:.....</p> <p>- Các bệnh về mắt (nếu có):.....</p> <p>- Phân loại: .....</p>	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<p><b>5. Tai-Mũi-Họng</b></p> <p>- Kết quả khám thính lực:</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>- Phân loại: .....</p> <p><b>6. Răng-Hàm-Mặt</b></p> <p>- Kết quả khám: + Hàm trên: .....</p> <p>+ Hàm dưới: .....</p> <p>- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có): .....</p> <p>- Phân loại: .....</p> <p><b>7. Da liễu:</b> .....</p> <p>Phân loại: .....</p>	

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

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

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**