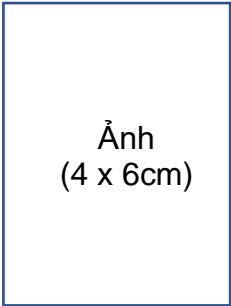


Số:

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên:

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

Số CMND /CCCD/ Hộ chiếu: cấp ngày.....

Tại:

Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:

.....

Chỗ ở hiện tại:.....

.....

Lý do khám sức khỏe:.....

.....

.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình (ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm:

Không ☒ Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường ☒

- Không bình thường: Để thiếu tháng; Để thừa tháng; Để có can thiệp; Để ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh:)

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG	X		
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván	X		
3	Sởi	X		
4	Bại liệt	X		
5	Viêm não Nhật Bản B	X		
6	Viêm gan B	X		
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính)

- Không ☒

- Có ☐

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh:

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

.....Không.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Gia Lai, ngày tháng năm

Người đề nghị khám sức khỏe

(hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)

(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. Nhi khoa a) Tuần hoàn: b) Hô hấp:..... c) Tiêu hóa: d) Thận - Tiết niệu: đ) Thần kinh - Tâm thần: e) Khám lâm sàng khác:	
2. Mắt: a) Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:..... Có kính: Mắt phải: Mắt trái: b) Các bệnh về mắt (nếu có):	
3. Tai-Mũi-Họng a) Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m Tai phải: Nói thường:.....m; Nói thầm:.....m b) Các bệnh về Tai-Mũi-Họng (nếu có):	
4. Răng-Hàm-Mặt a) Kết quả khám: + Hàm trên: + Hàm dưới: b) Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):.....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG

Sức khỏe hiện tại:

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:.....

.....

.....

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

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