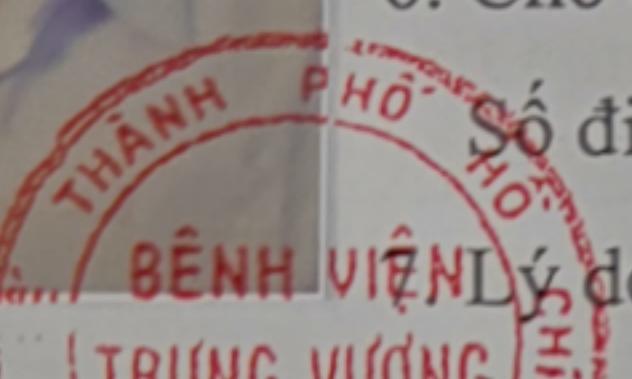


GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

(Thông tư số 32/2023/TT-BYT dùng cho người từ 18 tuổi trở lên)



1. Họ và tên (viết chữ in hoa): LUÔNG ĐĂNG THIỀU

2. Giới tính: Nam Nữ

3. Sinh Ngày 30 tháng 11 năm 2003 (Tuổi: 21)

4. SỐ CMND/CCCD /Hộ chiếu/định danh CD: 099204001110

5. Cấp ngày 11/09/2021. Tại Lực lượng Cảnh sát TTCK

6. Chỗ ở hiện tại: 23/24/11 Bùi Thế Mỹ, Phường Bảy Hiền, Thành Phố Hồ Chí Minh

Số điện thoại liên hệ: 0896217490

BỆNH VIỆN TRUNG VƯƠNG lý do khám sức khỏe: Cho công việc

Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD/CC gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư không ghi mục 2, mục 5, mục 6

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:

STT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thăng bằng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

STT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
6	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"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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):

.....

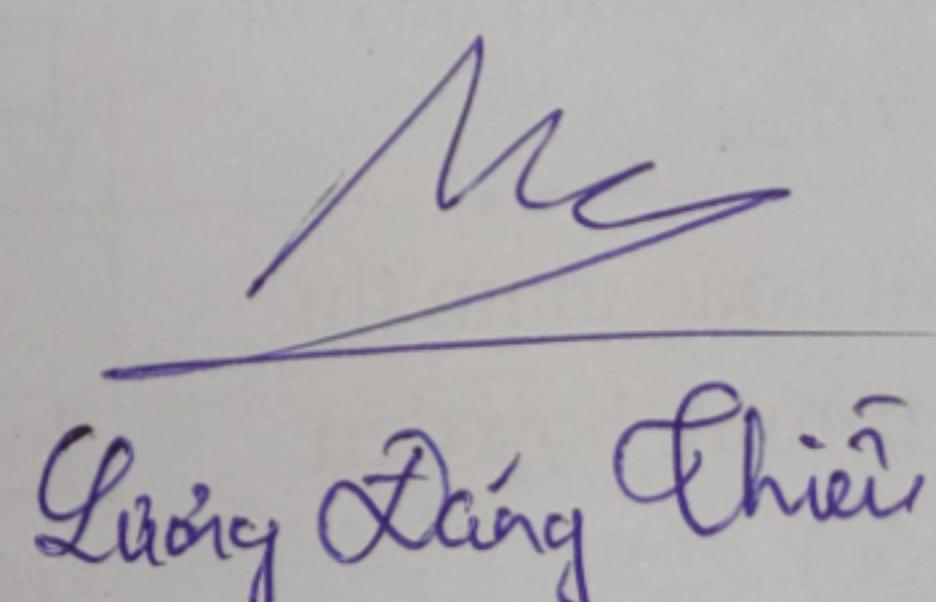
.....

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

TP. Hồ Chí Minh, ngày 12. tháng 08. năm 2025

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)



Luong Dang Chieu

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao: 162 cm; - Cân nặng 62 kg; - Chỉ số BMI:
 - Mạch: 25 lần/phút; - Huyết áp: 116 / 78 mmHg
 Phân loại thể lực: B

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
1.	Nội khoa	
a)	Tuần hoàn Phân loại:	
b)	Hô hấp Phân loại:	BPM
c)	Tiêu hóa Phân loại:	P
d)	Thận-Tiết niệu Phân loại:	BS.CKI. Võ Thị Văn
đ)	Nội tiết Phân loại:	
e)	Cơ - xương - khớp Phân loại:	BPM
g)	Thần kinh Phân loại:	P
h)	Tâm thần Phân loại:	BS.CKI. Võ Thị Văn
2.	Ngoại khoa, da liễu	
	Ngoại khoa Phân loại:	BT
	Da liễu Phân loại:	B
		Z
3.	Sản phụ khoa: Chi tiết nội dung khám theo danh mục tại phụ lục XXV thông tư 32/2013/TT-BYT Phân loại:	BS. Dương Hiền Nhân
4.	Mắt Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải 10 Mắt trái 10 Có kính: Mắt phải Mắt trái	
	Các bệnh về mắt (nếu có): Phân loại:	ThS.BS. Trần Hồ Minh Nhân
5.	Tai - Mũi - Họng Kết quả khám thính lực: Tai trái: Nói thường 15 m; Nói thầm 10 m Tai phải: Nói thường 15 m; Nói thầm 10 m Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): B	JNL BS. Nguyễn Đăng Quang
	Phân loại:	

6.	Răng – Hàm – Mặt	
Kết quả khám:	Hàm trên: /tooth/	
	Hàm dưới:	
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	BT	
Phân loại	T	



III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
2. Các bệnh, tật (nếu có):

TP. Hồ Chí Minh, ngày 12. tháng 08... năm 2025

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



BS.CKI Nguyễn Thị Huyền Linh