

No.: /GKSK-208

MEDICAL EXAMINATION CERTIFICATE

(For people aged 18 and over)

Full name (*capital letter*): PHAM CHE HOANG LY

Sex: Male ☐ Female ☒ Age: 1997

ID card or Passport No.: 225707626

Date of issue: May 11, 2018

At:

Current residence:

Reason for health examination: apply for a job

Photo

HISTORY OF DISEASES OF EXAMINEE

1. Family history:

Is there any person in your family who is infected the following diseases: infectious disease, cardiovascular disease, diabetes mellitus, tuberculosis, bronchial asthma, cancer, epilepsy, mental disorder, and other diseases:

a) No ☐; b) Yes ☐;

If "yes", specify name of disease:

2. Personal history:

Were/are you infected the following diseases or states: infectious disease, cardiovascular disease, diabetes mellitus, tuberculosis, bronchial asthma, cancer, epilepsy, mental disorder, and other diseases:

a) No ☐; b) Yes ☐;

If "yes", specify name of disease:

3. Other question (if any)

a) Are you treating any disease? If any, list the medications and dosages:

.....
.....

b) Pregnancy history (For woman):

I hereby declare that all statements above
are completely true and correct to the best of
my knowledge.

....., date.....

Medical Examination Applicant

(Signed)

Pham Che Hoang Ly

I. PHYSICAL EXAMINATION

Height: 150 cm

Weight: 44 kg

BMI index:

Pulse: 78 r/m

Blood pressure: 110/70 mmHg

Physical classification:

II. CLINICAL EXAMINATION

Examination Contents	Full name and signature of examining doctor:
<p>1. Internal Medicine</p> <p>a) Circulatory system: Classification:</p> <p>b) Respiratory system: Classification:</p> <p>c) Digestive system: Classification:</p> <p>d) Kidney – Urinary system: Classification:</p> <p>e) Muscles - Bones – Joints: Classification:</p> <p>f) Nervous system: Classification:</p> <p>g) Mental system: Classification:</p> <p>2. Surgery: Classification: I</p> <p>3. Obstetrics and gynecology: Classification:</p> <p>4. Eyes:</p> <p>- Result of vision examination: Without glass: Right eye: 10/10 Left eye: 10/10 With glass: Right eye: Left eye:</p> <p>Diseases of eyes (if any): Classification: I</p> <p>5. Ear - Nose - Throat:</p> <p>- Result of hearing ability examination:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Left ear: Normal voice: ... S... m; Whisper: m</div> <div>Right ear: Normal voice: m; Whisper: m</div> </div> <p>Diseases of ENT (if any): Classification: I</p> <p>6. Odonto – Stomatology</p> <p>- Examination results: + Upper jaw: + Lower jaw:</p> <p>Diseases of Odonto – Stomatology (if any): Classification: I</p> <p>7. Dermatology: Classification: I</p>	<p style="text-align: center;"><i>(Signed)</i> Dr. Nguyen Van Sam</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signed)</i> Dr. Nguyen Thi Hoang Vy</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signed)</i> Dr. Le Quang Tuan</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signed)</i> Dr. Specialist I. Nguyen Huu Tung</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signed)</i> Dentist Truong Van Thuyet</p> <p style="text-align: center;"><i>(Signed)</i> Dr. Nguyen Thi Hoang Vy</p>

III. SUB-CLINICAL EXAMINATION

LỜI CHỨNG CỦA CÔNG CHỨNG VIÊN
TESTIMONY OF NOTARY PUBLIC

Tôi **Phạm Thị Thu Huyền**, CMND số 152155040 cam đoan đã dịch chính xác, phù hợp với nội dung từ bản chính tiếng Việt, được đính kèm theo.

I, **Phạm Thị Thu Huyền**, ID card No. 152155040 hereby pledge to have translated in accuracy and consistence with the contents in attached Vietnamese original.

NGƯỜI DỊCH
TRANSLATOR



PHẠM THỊ THU HUYỀN

Ngày: 28 / 4 / 2020 (Ngày/tháng/năm) tại Văn phòng Công chứng Nguyễn Hùng, số 6A phố Vũ Phạm Hàm, phường Trung Hòa, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, tôi, **Chu Bích Hợp** - công chứng viên của Văn phòng công chứng Nguyễn Hùng thành phố Hà Nội.

CHỨNG NHẬN

Bản dịch này do bà **Phạm Thị Thu Huyền**, cộng tác viên phiên dịch Văn phòng công chứng Nguyễn Hùng, thành phố Hà Nội dịch từ **tiếng Việt** sang **tiếng Anh**;

- Chữ ký trong bản dịch đúng là chữ ký của bà **Phạm Thị Thu Huyền**;

- Nội dung bản dịch chính xác, không vi phạm pháp luật, không trái đạo đức xã hội;

- Bản dịch gồm ... tờ, ... trang, lưu một bản tại Văn phòng công chứng Nguyễn Hùng, Thành phố Hà Nội

Today, 28 / 4 / 2020 (Date/month/year), at Nguyen Hung Notary Office, No. 6A, Vu Pham Ham Street, Trung Hoa Ward, Cau Giay District, Hanoi City, I, **Chu Bích Hợp** - Notary Public of Nguyen Hung Notary Office, Hanoi City

CERTIFIES THAT:

This translation is translated from Vietnamese to English by Ms. **Phạm Thị Thu Huyền** who is a translation collaborator of Nguyen Hung Notary Office, Hanoi City.

- Signature in the translation is the true and authentic signature of Ms. **Phạm Thị Thu Huyền**;

- The contents of the translation are correct and do not violate the law or social morality;

- The translation includes ... sheets, ... pages, one copy is kept in Nguyen Hung Notary Office, Hanoi City.

Số công chứng: 3409, Quyển số: 01 TP/CC-SCC/BD
Notarization No.: 3409, Book No.: 01 TP/CC-SCC/BD

CÔNG CHỨNG VIÊN
NOTARY PUBLIC





CHU BÍCH HỢP

Số: /GKSK-208

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE
(dùng cho người từ đủ 18 tuổi trở lên)



Họ và tên (chữ in hoa): PHẠM CHẾ HOÀNG LY

Giới: Nam ☐ Nữ ☒ Tuổi: 1997

Số CMND hoặc Hộ chiếu: 225707626 cấp ngày 11/05/2018

Chỗ ở hiện tại:

Nơi khám sức khỏe: xin việc làm

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)

Hoàng Ly
Phạm Chế Hoàng Ly

Chiều cao: 150 cm; Cân nặng: 44 kg; Chỉ số BMI: 19,6
Mạch: 78 lần/phút; Huyết áp: 110/70 mmHg
Phân loại thể lực: 1

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:	
e) Cơ-xương-khớp:	
Phân loại:	
f) 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: 10/10 Mắt trái: 10/10 Có kính: Mắt phải: 10/10 Mắt trái: 10/10	
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
- Phân loại:	
5. Tai-Mũi-Họng	
- Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nổi thường: 15 m; Nổi thầm: 60 m	
Tai phải: Nổi thường: 15 m; Nổi thầm: 60 m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	
- Phân loại:	
6. Răng-Hàm-Mặt	
- Kết quả khám: + Hàm trên:	
+ Hàm dưới:	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)	
- Phân loại:	
7. Da liễu:	
Phân loại:	

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:	
Số lượng Bạch cầu:	
Số lượng Tiểu cầu:	
b) Sinh hóa máu: Đường máu:	
Urê: Creatinin:	
ASAT (GOT): ALAT (GPT):	
c) Khác (nếu có):	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	
b) Prôtêin:	
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	
.....	
.....	

IV. KẾT LUẬN

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

DỦ SỨC KHỎE

..... ngày 07 tháng 02 năm 2020
NGƯỜI KẾT LUẬN
 (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



BS. Nguyễn Văn Sâm