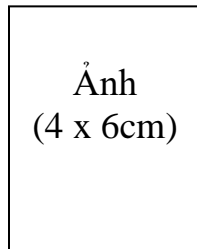


.....<sup>1</sup>.....  
.....<sup>2</sup>.....  
.....

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /GSKS-....<sup>3</sup>.....

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**



Họ và tên (*chữ in hoa*): .....

Giới: Nam ☐ Nữ ☐ Tuổi:.....

Số CMND hoặc 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

..... ngày ..... tháng.....năm.....

**Người đề nghị khám sức khỏe**  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

<sup>2</sup> Tên của cơ sở khám sức khỏe

<sup>3</sup> Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

## I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: .....cm; Cân nặng: .....kg; Chỉ số BMI: .....

Mach: .....lần/phút;      Huyết áp:...../..... mmHg

Phân loại thể lục:.....

## II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Nội khoa</b>	
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 .....	.....
<b>2. Ngoại khoa:</b> .....	.....
Phân loại .....	.....
<b>3. Sản phụ khoa:</b> .....	.....
Phân loại .....	.....
<b>4. Mắt:</b>	.....
- 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: .....	.....
<b>5. Tai-Mũi-Họng</b>	.....
- Kết quả khám thính lực:	.....
Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m	.....
Tai phải: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m	.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):.....	.....
- Phân loại: .....	.....
<b>6. Răng-Hàm-Mặt</b>	.....
- Kết quả khám: + Hàm trên:.....	.....
+ Hàm dưới: .....	.....
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....	.....
- Phân loại:.....	.....
<b>7. Da liễu:</b> .....	.....
Phân loại:.....	.....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
<b>1. Xét nghiệm máu:</b> 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):.....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>2. Xét nghiệm nước tiểu:</b> a) Đường: ..... b) Prôtêin: ..... c) Khác (nếu có): .....	..... ..... ..... .....
<b>3. Chẩn đoán hình ảnh:</b> ..... ..... .....	..... ..... .....

### IV. KẾT LUẬN

**1. Phân loại sức khỏe:**.....<sup>4</sup> .....

<sup>4</sup> Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT-QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** .....<sup>5</sup> .....

.....  
.....  
.....  
.....

..... ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*

---

<sup>5</sup> Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh