**MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[1]](#footnote-1).....................[[2]](#footnote-2)..........Số: /GKSK-....[[3]](#footnote-3)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

Họ và tên *(chữ in hoa)*: ………….………………………...…....………

Ảnh

(4 x 6cm)

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 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** |
| --- | --- |
| **1. Nội khoa**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 ......................................................................................................................................................**2. Ngoại khoa:** ........................................................................................................................................ Phân loại ......................................................................................................................................................**3. Sản phụ khoa:**  .................................................................................................................................. Phân loại ......................................................................................................................................................**4. Mắt:** - 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: ..................................................................................................................................................**5. Tai-Mũi-Họng**- Kết quả khám thính lực: Tai trái:  Nói thường:.......................... m;    Nói thầm:.............................mTai phải: Nói thường:.......................... m;     Nói thầm:.............................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:**.....................................................[[4]](#footnote-4)..................................................................................

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ............................................[[5]](#footnote-5)...................................................................................

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………ngày…… tháng……… năm.................***NGƯỜI KẾT LUẬN***(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-3)
4. 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 [↑](#footnote-ref-4)
5. Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-5)