**PHỤ LỤC 3a**

MẪU SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 09/2023/TT-BYT ngày 05 tháng 5 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

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

**SỔ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh(4x6 cm) |  1. Họ và tên *(chữ in hoa): ………………………………………….*......2. Giới tính: Nam □    Nữ □ Tuổi …………………………………….... 3. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/Định danh CD: ………………….......Cấp ngày …../……/…… Tại ………………………………………......………………………………………………………………………… |

4. Số thẻ BHYT: …………………………5. Số điện thoại liên hệ: ……………………

6. Nơi ở hiện tại: …………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

7. Nghề nghiệp: ……………………………………………………………………………

8. Nơi công tác, học tập: …………………………………………………………………

9. Ngày bắt đầu vào làm việc tại đơn vị hiện nay: ………/ ……./……………………

10. Nghề, công việc trước đây (liệt kê công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):

a) ……………………………………………………………………………………………

thời gian làm việc …….năm ……tháng từ ngày ……/……/……… đến ……/……/……

b) ……………………………………………………………………………………………

thời gian làm việc …….năm ……tháng từ ngày ……/……/……… đến ……/……/……

11. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: ……………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

12. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** | **Phát hiện năm** | **Tên bệnh nghề nghiệp** | **Phát hiện năm** |
| a)  |   | a) |   |
| b)  |   | b) |   |
| c)  |   | c) |   |
| d)  |   | d) |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Người lao động xác nhận***(Ký và ghi rõ họ, tên)* | *…….ngày ……..tháng……..năm………..***Người lập sổ KSK định kỳ***(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ**

**I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT***(Bác sỹ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)*

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**Tiền sử sản phụ khoa** *(Đối với nữ)***:**

- Bắt đầu thấy kinh nguyệt năm bao nhiêu tuổi: □□

- Tính chất kinh nguyệt: Đều □           Không đều □

Chu kỳ kinh: □□ ngày           Lượng kinh: □□ ngày

Đau bụng kinh: Có □     Không □

- Đã lập gia đình: Có □  Chưa □

- PARA: □□□□

- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có □□ *Ghi rõ: …………………….* Chưa □

- Có đang áp dụng BPTT không? Có □ *Ghi rõ: ………………….* Không □

**II. KHÁM THỂ LỰC**

Chiều cao: ……………cm; Cân nặng: ………………Kg; Chỉ số BMI: ………………….

Mạch: ……………………………lần/phút; Huyết áp: …………../ ………………… mmHg

Phân loại thể lực: ………………………………………………………………………………

**III. 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) | *Nội tiết:* |   |
| Phân loại: |
| e) | *Cơ - xương - khớp:* |   |
| Phân loại: |
| g) | *Thần kinh:* |   |
| Phân loại: |
| h) | *Tâm thần:* |   |
| Phân loại: |
| **2.** | **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: |
| **3.** | **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: |
| **4.** | **Răng - Hàm - Mặt** |
| *Kết quả khám:* Hàm trên: ……………………………………………….                        Hàm dưới: ………………………………………………. |   |
| *Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):* |
| Phân loại: |
| **5.** | **Da liễu** |  |
| *Kết quả khám:* |  |
| Phân loại: |
| **6.** | **Phụ sản** *(Chi tiết nội dung khám theo Danh mục tại Phụ lục 3b)* |
| *Kết quả khám: ………………………………………………………………….*Phân loại: ……………………………………………………………………….. |   |

**II. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:a) Kết quả: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………….b) Đánh giá: ……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………. |   |

**V. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe****[1](#_ftn1):** …………………………………………………………………

**2. Các bệnh, tật (nếu có)****[2](#_ftn2):** ……………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

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